

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1930-1931. — N° 103

LES
KYSTES D'ORIGINE DENTAIRE

DIAGNOSTIC — TRAITEMENTS
SUITE DES TRAITEMENTS

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 31 juillet 1931

PAR

Louis-Marie-Joseph AUDHUY

CHIRURGIEN DENTISTE

ANCIEN EXTERNE DES HÔPITAUX

Né à NÉRAC (Lot-et-Garonne), le 17 novembre 1906.

Examineurs de la Thèse	{	MM. ROCHER, professeur.	Président
		DUVERGEY, professeur. ...	Juges
		CAVALIÉ, agrégé	
		JEANNENEY, agrégé.	

BORDEAUX

IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS

Y. CADORET

3, PLACE SAINT-CHRISTOLY, 3

1931



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548422_0028

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1930-1931. — N° 103

LES

KYSTES D'ORIGINE DENTAIRE

DIAGNOSTIC — TRAITEMENTS

SUITE DES TRAITEMENTS

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 31 juillet 1931

PAR

Louis-Marie-Joseph AUDHUY

CHIRURGIEN DENTISTE

ANCIEN EXTERNE DES HÔPITAUX

Né à NÉRAC (Lot-et-Garonne), le 17 novembre 1906.

Examineurs de la Thèse	{	MM. ROCHER, professeur.	Président
		DUVERGEY, professeur.	Juges
		CAVALIÉ, agrégé.	
		JEANNENEY, agrégé.	

BORDEAUX

IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS

Y. CADORET

3, PLACE SAINT-CHRISTOLY, 3

1931

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS. Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. POUSSON, MOURE, PRINGETEAU, W. DUBREUILH, RIVIÈRE,
BARTHE, LE DANTEC, DENIGÈS.

PROFESSEURS

	MM.		MM.
Clinique médicale.....	MAURIAC.	Zoologie et parasitologie.....	MANDOUL.
id.....	CASSAET.	Médecine expérimentale.....	DUPÉRIÉ.
Clinique chirurgicale.....	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique.....	TEULIÈRES.
id.....	BÉGOUIN.	Clinique chirurg. infantile et orthopédie.....	ROCHER.
Pathologie et thérapeutiques générales...	CARLES.	Clinique gynécologique.....	GUYOT.
Clinique d'accouchements.....	ANDÉRODIAS.	Clinique méd. des maladies des enfants..	CRUCHET.
Anatomie pathol. et microscopie clinique.	SABRAZÈS.	Chimie biologique et médicale.....	DELAUNAY.
Anatomie.....	VILLEMEN.	Physique médicale et pharmaceutique....	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie.....	G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques.	BONNIN.
Physiologie.....	PAUCHON	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques	PETGES.
Hygiène.....	AUCHÉ.	Clinique des maladies des voies urinaires.	DUVERGEY.
Médecine légale et déontologie.....	LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales.	ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic.	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	PORTMANN.
Chimie.....	GHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée.....	LABAT.
Botanique et matière médicale.....	BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie..	SELLIER.
Pharmacie.....	DUPOUY.		

MM. MICHELEAU, LEURET (Médecine générale).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie.....	DUBECQ.	Maladies mentales.....	PERRENS.
id.....	DUFOUR.	Chirurgie générale.....	PAPIN.
Histologie.....	LACOSTE.	id.....	JEANNENEY.
Physiologie.....	FABRE.	id.....	CHARRIER.
Anatomie pathologique.....	MURATET.	id.....	LOUBAT.
Parasitologie et sciences naturelles.....	R. SIGALAS.	Obstétrique.....	PERY.
Médecine générale.....	CREYX.	id.....	RIVIÈRE.
id.....	AUBERTIN.	Ophtalmologie.....	BEAUVIEUX.
id.....	DAMADE.	Dermatologie et syphiligraphie.....	JOULIA.
id.....	PIÉCHAUD.	Pharmacie.....	GOLSE.
id.....	DELMAS-MARSALET.	Chimie générale pharmaceut. et toxicologie.	VITTE

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Clinique dentaire.....	CAVALIÉ.	Puériculture.....	FAUGÈRE.
Médecine opératoire.....	PAPIN.	Démonstrations et préparations pharmac..	N.
Accouchements.....	N.	Pharmacie chimique.....	GOLSE.
Ophtalmologie.....	CABANNES.	Zoologie et parasitologie.....	R. SIGALAS.

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes. MM. N.

Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle..... GOURDON

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.



A MA GRAND'MERE

A MON PERE

En témoignage de filiale reconnaissance
pour l'éducation qu'il m'a donnée, pour
ses conseils et son exemple.

A MA MERE

Hommage de respectueuse admiration
et de profonde affection.

A MA FIANCEE

Votre image a illuminé les derniers
mois de ma vie d'étudiant; votre pensée
m'a soutenu et m'a très souvent donné
courage.

A notre amour, dont vous savez toute
l'étendue, je dédie ce modeste travail.

A MES SŒURS ET A MES FRÈRES

A MA BELLE-SŒUR ET A MON BEAU-FRÈRE

Que j'unis dans une même et sincère
affection.

A MES TANTES ET A MES ONCLES

A MON ONCLE JULES BOUCHET

Ma vocation stomatologique c'est à
vous que je la dois.

Vous m'avez décidé par votre conscience professionnelle, à essayer de marcher sur vos traces.

Vos encouragements et l'intérêt que vous m'avez témoigné m'aideront dans l'avenir à suivre toujours votre exemple.

C'est ici une occasion pour moi de vous témoigner un peu mon affectueuse reconnaissance.

A MES MAITRES
DE LA FACULTE ET DES HOPITAUX

et plus particulièrement :

A MONSIEUR LE PROFESSEUR SABRAZES
A MONSIEUR LE PROFESSEUR TEULIERES
A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ JEANNENEY
A MONSIEUR LE DOCTEUR MALTETE

A MES MAITRES DE L'ECOLE DENTAIRE

A TOUS MES AMIS

A MON MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CAVALIE

*Chargé de cours de Clinique stomatologique et dentaire
à la Faculté de médecine de Bordeaux,
Officier de l'Instruction publique.*

Comment pourrais-je vous exprimer toute ma reconnaissance pour l'extrême bienveillance que vous m'avez toujours témoignée.

C'est à vous que je dois l'idée de ce travail, que vous avez guidé de vos conseils et de votre science. La forme en est bien imparfaite et peu digne du Maître.

Malgré tout, je vous prie de vouloir bien en accepter l'hommage comme preuve de ma sincère et respectueuse gratitude.

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR H.-L. ROCHER

*Professeur de Clinique chirurgicale infantile et orthopédie
à la Faculté de médecine de Bordeaux,
Chirurgien de l'Hôpital des Enfants,
Membre des Sociétés française, belge et italienne d'orthopédie,
Membre de la Société internationale d'orthopédie,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.*

La dette de gratitude que j'ai contractée envers vous dans tout le cours de mes études médicales est beaucoup trop grande pour que je puisse prétendre m'en acquitter aujourd'hui tout à fait.

Vous m'avez reçu comme un fils; je n'oublierai jamais votre accueil.

AVANT-PROPOS

Au soir de cette première étape sur la route de notre vie médicale, nous faisons un retour sur nous-même, et nous voudrions avoir profité davantage des leçons et des exemples qui nous ont été donnés.

Nous laissons ici des amis dont nous avons pu apprécier la bienveillante cordialité, et des maîtres qui auraient voulu faire de nous mieux que ce que nous sommes.

Nous avons débuté chez M. le Professeur agrégé Charrier. Ce maître, dont l'habileté opératoire est incontestée, nous a enseigné les premiers éléments de chirurgie; nous l'assurons ici de toute notre reconnaissance.

M. le Docteur Delguet, dans le service duquel nous avons passé deux semestres en qualité d'externe, ne nous a jamais ménagé les preuves de confiance, de sympathie, et a développé notre goût de la stomatologie.

Qu'il veuille bien croire à nos remerciements les plus respectueux.

Le service de clinique O.-R.-L. de M. le Professeur Portmann nous a accueilli comme externe. Nous craignons de n'avoir pas assez bien profité de son enseignement magistral. Nous nous souvenons avec reconnaissance des leçons de ce Maître, qui sait rendre intéressante à tous l'étude de cette spécialité, dont il est devenu un des chefs d'écoles les plus écoutés.

Nous prions M. le Professeur Portmann de vouloir bien accepter ici l'hommage de notre respectueuse, reconnaissante et profonde admiration.

Nos remerciements vont également à M. le Docteur Charbonnel et à M. le Docteur Massé, chirurgiens des Hôpitaux; à M. le Docteur Roques, directeur du Service d'électricité médicale de l'Hôpital des Enfants; à M. le Docteur Denis.

Qu'ils veuillent bien être assurés que leur enseignement nous a été très profitable.

LES

KYSTES D'ORIGINE DENTAIRE

DIAGNOSTIC — TRAITEMENTS

SUITE DES TRAITEMENTS

INTRODUCTION

Le traitement des kystes des mâchoires d'origine dentaire et les résultats du traitement dépendent beaucoup de la précision du diagnostic.

En effet, la première des choses, en présence d'une tumeur qui soulève la peau de la joue ou la muqueuse dans le vestibule ou dans le plancher de la bouche ou dans le palais, est de savoir si on a affaire à une affection qui pourra guérir par une intervention chirurgicale ou dont l'évolution, au contraire, ne pourra qu'en être aggravée.

En d'autres termes, le diagnostic de bénignité ou de malignité de la tumeur a une importance sur laquelle il est capital d'insister, dans l'intérêt du malade et de sa famille.

Une tumeur maligne peut compromettre et compromettre presque toujours la vie du porteur; la tumeur bénigne autorise l'espoir et la guérison.

Les kystes d'origine dentaire font partie du groupe des tumeurs bénignes, à l'exception cependant d'une variété rare, les kystes adamantins, représentés par la tumeur polykystique de la mâchoire inférieure, et dont nous ne parlerons

pas ici. C'est une affection congénitale, propre de l'enfance, et qui appartient aux tératomes.

Le traitement est mutilant et n'est pas encourageant, bien que, au sens propre du mot, il ne s'agisse pas de tumeur maligne dans le sens cancer.

En effet, ces tératomes peuvent augmenter de volume, s'hypertrophier, mais ne sont pas envahissants à travers les autres tissus ou organes.

Il reste dans les kystes d'origine dentaire deux espèces classiques :

1° Les kystes dentigères;

2° Les kystes paradentaires (radiculô-dentaires).

Ce sont les plus communes, les plus bénignes aussi, et celles qui, par le traitement chirurgical curatif, fournissent le plus de succès et de satisfaction.

Leur évolution vers le cancer, admise par quelques auteurs, niée par la plupart, paraît entourée de mystère. Les cas de cette évolution sont très rares, exceptionnels, et demandent confirmations multiples.

Dans l'histoire de la question, un seul nom mérite aujourd'hui d'être retenu : celui de Malassez, qui, par sa théorie des débris épithéliaux paradentaires, a voulu établir l'origine des kystes des maxillaires, et cela sur des bases qui ont été estimées longtemps inébranlables dans leur simplicité. Il est vrai de dire qu'à l'heure actuelle et depuis quelques années des travaux multiples ont essayé de battre en brèche la doctrine de Malassez, sans que l'on puisse en tirer encore des conclusions forcées (1).

L'étiologie reconnaît des causes très variées : carie, séquestre d'origine dentaire, infection, traumatisme, hérédité (Jacques, de Nancy), *terrain syphilitique ancien ou héréditaire* (Cavalié), tuberculose (Poncet et Leriche, de Lyon), enfin les influences chimiques, etc.

Nous diviserons notre travail en trois parties.

(1) Roy et Tellier, *Rev. de stom.*, 1925, p. 232.

PLAN

PREMIERE PARTIE : Etude des diagnostics.

CHAPITRE PREMIER : *Diagnostic positif et diagnostic anatomique.*

CHAPITRE II : *Diagnostic différentiel.*

CHAPITRE III : *Diagnostic étiologique et Pronostic.*

DEUXIEME PARTIE : Etude des traitements.

TROISIEME PARTIE : Les suites des traitements.

OBSERVATIONS

CONCLUSIONS

BIBLIOGRAPHIE

PREMIÈRE PARTIE

ÉTUDE DES DIAGNOSTICS

CHAPITRE PREMIER

LE DIAGNOSTIC POSITIF ET LE DIAGNOSTIC ANATOMIQUE

Existe-t-il une poche kystique?

Quels sont les signes qui vont nous permettre de l'affirmer?

On peut distinguer cliniquement deux périodes dans l'évolution des kystes :

1° Période de latence;

2° Période de déformation ou d'extériorisation.

La première période, ou *période de latence*, est parfois une découverte de la radiographie; souvent elle n'est caractérisée que par des signes subjectifs peu importants, car il est impossible, tant qu'il conserve de petites dimensions, de reconnaître l'existence d'un kyste; le malade lui-même ne soupçonnera pas sa présence, et il viendra consulter parce qu'il éprouve quelques douleurs spontanées au niveau d'une dent atteinte de carie (dentinite pénétrante avec pulpite). D'autres fois, le kyste sera une trouvaille de la radiographie.

La durée de cette période est très variable.

Période de déformation. — Peu à peu le kyste augmente de

volume et manifeste *objectivement* sa présence en repoussant et en déformant les parties voisines. On devra s'enquérir de l'âge du malade, compter les dents des arcades et s'assurer qu'il n'y a pas de dents incluses.

Cette tumeur plus ou moins volumineuse, le plus souvent indolente, détermine des déformations de la face très variables et à peu près constantes.

Le malade vient consulter, le plus souvent, parce qu'il a une « fluxion » qui persiste et qui l'inquiète. Cette tuméfaction peut avoir deux sièges : ou bien dans le massif facial supérieur, ou bien dans le massif facial inférieur, c'est-à-dire qu'elle proémine autour de la mâchoire supérieure ou de la mâchoire inférieure. Quel que soit le siège de la déformation, elle a un *caractère fondamental* :

C'est une bulle avec une périphérie linéaire bien limitée. Ce caractère fait tout de suite écarter l'idée de malignité. L'absence de retentissement ganglionnaire renforce, d'ailleurs, l'impression de bénignité.

Quand le soulèvement des parties molles se fait surtout aux dépens de la table externe, le visage peut être déformé, la lèvre est parfois soulevée, la fosse canine est comblée, le vestibule des fosses nasales en partie ou complètement obstrué, la peau du menton plus ou moins dépliée ainsi que la partie cutanée recouvrant la face externe de la branche horizontale du maxillaire inférieur.

Certains auteurs prétendent (Jacques) qu'il n'y a des kystes qu'à la mâchoire supérieure. En réalité, les kystes dentigères sont surtout fréquents au maxillaire supérieur, mais on peut les rencontrer partout.

Après avoir étudié les principaux signes cliniques des kystes, nous insisterons sur les caractères particuliers à chacun d'eux, d'après leur situation anatomique.

Cette déformation est ovoïde ou sphérique, très localisée et sans lésion tégumentaire. Généralement, la peau est d'aspect normal, rarement un peu rouge; le tissu sous-cutané non infiltré. Dans le vestibule, la gencive qui recouvre la

tumeur est presque toujours à peu près normale, quelquefois distendue, amincie, avec des stries rouges (circulation complémentaire capillaire). Souvent aussi, on peut déceler la présence de petits nodules de la muqueuse gingivale (grains riziformes). En tout cas, la gencive n'adhère pas à la tumeur.

Chenet rapporte une observation de Lemaître qui est exceptionnelle : un kyste dont l'ouverture se fit à la peau.

Mme Ch... (Marie), 37 ans, ménagère.

La malade entre à l'hôpital pour fistule sous-malaire persistante.

D'une bonne santé générale, la malade, qui a quatre enfants, a depuis longtemps une très mauvaise dentition:

Elle eut fréquemment des « rages de dents », mais aucune n'avait amené de complications, quand, il y a six mois, apparurent de violentes douleurs sous-orbitaires, accompagnées de fluxion volumineuse de la joue gauche.

En même temps, sensibilité exagérée de la racine de la 2^e prémolaire supérieure gauche.

La malade ne fit aucun traitement, et, au bout d'une douzaine de jours, la fluxion et la douleur avaient disparu.

Presque immédiatement après ces premiers accidents, en survinrent d'autres, exactement semblables, mais accompagnés, cette fois, de l'ouverture d'un abcès dans le sillon gingivo-jugal, au niveau de la 2^e prémolaire supérieure gauche.

L'écoulement de pus par la fistule buccale amena une diminution passagère des douleurs, mais, au bout de huit jours, recrudescence nouvelle des phénomènes inflammatoires et apparition d'une petite collection sous-malaire qui, à son tour, se fistulisa.

Aujourd'hui, on remarque sous le bord inférieur du malaire une dépression bourgeonnante et suintante. Tout autour, les téguments ont conservé leur coloration et leur mobilité normales.

Pas de douleur à la pression. Le cathétérisme du trajet fistuleux nous conduit dans le sinus.

Du côté des dents, absence de la 2^e prémolaire et de la dent de six ans.

Sinus gauche opaque.

On fait le diagnostic d'ostéite du malaire d'origine dentaire ayant amené une perforation secondaire du sinus.

Opération. — Anesthésie chloroformique. Incision dans le sillon gingivo-jugal. Rugination. On tombe sur un os malade et aminci, qui cède sous la rugine. Mise à nu d'une cavité remplie de pus verdâtre et fétide. Cette cavité communique en haut, avec l'extérieur, par la fistule sous-malaire.

On résèque la paroi antérieure, et on constate que la cavité est tapissée d'une poche.

On en pratique l'ablation totale. Tout autour, les parois osseuses sont amincies et usées. Le sinus semble refoulé en haut sous la paroi orbitaire. En dedans, on est entraîné à mettre à nu la muqueuse de la fosse nasale qui est infectée.

Dans la profondeur, on trouve une artère qui saigne à un tel point qu'on se demande si ce n'est pas la maxillaire interne.

Arrêt de l'hémorragie par tamponnement. Curettage du trajet et du bord de la fistule. Mèche ektogan.

A travers la joue, on pourra essayer de mobiliser la tumeur; quand on a affaire à un kyste, la peau est généralement libre de toute adhérence, et la tumeur est fixée dans la profondeur.

Si l'on introduit un doigt dans le vestibule, on constatera que la muqueuse de la gencive est soulevée par une tumeur de consistance dure ou molle. L'index palpera l'étendue de la tumeur et renseignera sur l'épaisseur de la lame osseuse soulevée.

Tant que le kyste reste enfoui dans l'épaisseur de l'os, la tumeur est d'une dureté uniforme et ne présente aucun caractère particulier; puis vient un moment où la coque osseuse, amincie, se laisse déprimer par le doigt et donne la sensation spéciale de crépitation parcheminée.

CRÉPITATION PARCHEMINÉE.

Cette crépitation est comparable à celle produite par la dépression avec le doigt d'une balle de celluloid.

Lorsqu'on cesse tout effort, mais non le contact, on sent parfaitement un retour du celluloïd à sa forme primitive (Chenet). Au début, la paroi osseuse est trop épaisse et ne se laisse pas déprimer. A une période avancée, l'usure étant complète, le doigt est enchâssé dans un cadre osseux. A cette période, on a un autre signe important : *la rénitence*.

Parfois, le malade viendra nous consulter pour un *écoulement de liquide par la bouche ou par le nez* (Viasio).

Une fistule a pu se produire spontanément où, à l'occasion de l'extraction d'une racine, il s'écoule un liquide jaunâtre, visqueux et filant, présentant des paillettes de cholestérine en suspension, ayant un aspect brillant, parfois d'odeur fétide, butyreuse.

La *gêne respiratoire* nasale simple, sans écoulement, attire souvent l'attention du malade; elle est due au refoulement de la paroi externe de la fosse nasale.

Une *tuméfaction palatine* devra faire songer à la possibilité d'un kyste des incisives latérales. Nous en reparlerons au paragraphe du diagnostic anatomique.

L'*ouverture du kyste dans le sinus* avec infection consécutive fera croire à une sinusite.

Lemaître a publié l'observation d'un kyste d'une dent de sagesse supérieure ayant occasionné l'*usure complète de la tubérosité maxillaire*.

Enfin, lorsque le kyste siègera au maxillaire inférieur, on pourra être embarrassé par l'existence d'une *fistule au niveau de la symphyse mentonnière* : le traitement des dents cariées n'amènera souvent aucune amélioration, car on aura affaire à un kyste.

Certains auteurs ont signalé des troubles réflexes d'origine dentaire : troubles oculaires, névralgie faciale, etc.

Nida constate qu'en dehors des complications oculaires d'origine dentaire dont la nature infectieuse est évidente (abcès prélacrymaux, ostéo-périostites, phlegmons orbitaires, etc.), il existe tout un ensemble de troubles réflexes dont la

pathogénie est loin d'être élucidée. Ces troubles peuvent porter sur les différentes parties du globe oculaire et ses annexes et se traduisent par les complications les plus diverses : sensitives, motrices, vaso-motrices, sécrétoires, trophiques, etc. Nida signale l'intérêt qu'il y aurait à rechercher systématiquement les altérations dentaires dans les cas de névralgies faciales rebelles en particulier.

Quoi qu'il en soit de la valeur de ces différents signes, nous n'aurons pas le droit de conclure à l'existence d'une poche kystique avant d'avoir pratiqué les *examens complémentaires* :

- Radiographie;
- Diaphanoscopie;
- Ponction.

1° RADIOGRAPHIE (1).

La radio vient souvent en aide au stomatologiste pour déceler la présence d'une tumeur dentaire ou paradentaire à la période de latence et même quelquefois pour en préciser la nature.

Le diagnostic est, en effet, souvent hésitant en présence d'une tuméfaction du massif facial ou de la mandibule entre le kyste et l'odontome; souvent même celui-ci ne donne lieu à aucun signe clinique permettant de le soupçonner.

L'examen radiographique en cas d'odontome montre une zone opaque plus foncée que le maxillaire sain, aux limites très précises, ce qui le distingue de l'ostéome.

D'ailleurs, l'odontome a, d'ordinaire, des rapports étroits avec une ou plusieurs dents qu'il entoure quelquefois complètement.

Le kyste, au contraire, se présente sous la forme d'une plage plus claire que l'os, arrondie ou ovalaire, aux contours nettement dessinés et se rattachant étroitement à la dent dont il dépend. Souvent même, le kyste est suppuré et c'est en cher-

(1) D'après Chavasse.

chant l'origine d'une fistule qu'on se trouve en présence d'un kyste plus ou moins étendu.

D'autres fois, la radiographie fait découvrir de petits kystes radiculaires suspendus à l'apex, plus exactement des granulomes ou faux kystes, ou bien elle décèle de petits adanatomes ou cémentomes souvent minuscules annexés à la dent.

A propos de l'observation de kystes dentifères symétriques du maxillaire inférieur, Rendu et Dunet montrent la nécessité de faire radiographier systématiquement les deux côtés du maxillaire. Les germes paradentaires étant bilatéraux, il est logique d'admettre que la cause qui a entraîné le développement de ces derniers d'un côté peut avoir les mêmes effets du côté opposé.

2° DIAPHANOSCOPIE.

Heryng a eu l'idée de reconnaître la présence du pus dans les cavités accessoires des fosses nasales par la diminution de leur transparence. L'opération a lieu dans une chambre noire : on met une petite lampe électrique dans la bouche sur le dos de la langue, dents et lèvres étant bien rapprochées, on fait passer le courant; normalement, la joue s'éclaire plus ou moins selon la dimension du sinus maxillaire; elle reste sombre dans le cas de sinusite du côté malade.

Un kyste, ayant repoussé la paroi du sinus maxillaire, montrera une cavité nettement moins étendue que du côté opposé. Mais la recherche de ce signe n'aura quelque valeur que si le contenu kystique est purulent; dans le cas de kyste non suppuré, la translucidité sinusale sera parfaite, le liquide étant presque toujours clair citrin.

Le diagnostic resterait incertain si l'on ne possédait un signe de certitude qui est la ponction exploratrice.

3° PONCTION EXPLORATRICE.

La ponction s'opère avec le fin trocard de Litchwitz ou avec une seringue de Luer.

Le contenu de la tumeur est généralement clair, souvent

un peu filant, toujours chargé en cristaux de cholestérine.

Parfois, il est mélicérique ou laiteux, ou butyreux, ou même purulent dans le cas d'infection secondaire. La ponction d'un liquide clair citrin permet d'affirmer le diagnostic : il existe bien une poche kystique.

*
* *

Nous allons maintenant établir la prédominance de certains signes d'après le siège anatomique.

Incisive centrale supérieure. — On note une tuméfaction au niveau de la paroi alvéolaire antérieure, ou un soulèvement du plancher du vestibule des fosses nasales; parfois, une fistule et un écoulement.

Incisive latérale supérieure. — La tumeur fuse vers la voûte palatine. La palpation est le plus souvent indolente. L'aile du nez susjacent est repoussée, soulevée, et même le plancher du vestibule des fosses nasales.

Canine supérieure. — Les kystes sont très fréquents. Le motif habituel qui amène le malade à consulter est une grosseur comblant la fosse canine normale et entraînant une déformation faciale.

Prémolaires supérieures. — Les kystes développés à leur niveau sont les plus fréquents de tous. Ils refoulent la paroi du sinus dont la cavité devient presque virtuelle. La perforation de la paroi sinusale explique l'écoulement nasal.

Molaires supérieures. — La symptomatologie varie selon la racine aux dépens de laquelle se développe le kyste.

Est-ce la racine palatine? Le développement se fait vers le sinus avec écoulement nasal possible.

Est-ce la racine vestibulaire? La déformation faciale est évidente.

Chenet rapporte l'observation d'un kyste ayant évolué aux dépens d'une dent de sagesse supérieure et qui usa complètement la tubérosité maxillaire.

Mme D... (Hortense), 40 ans, ménagère. Opérée, le 23 février 1914, par M. le docteur Lemaître.

La malade entre à Lariboisière atteinte de suppuration buccale.

Il y a cinq semaines, douleurs violentes au niveau de la dent de sagesse supérieure gauche, et fluxion de la joue correspondante.

On fait l'extraction de la dent, et le pus sort avec abondance de l'alvéole.

Depuis ce temps, l'écoulement est continu. Pas de déformation faciale.

A l'ouverture de la bouche, on constate la présence d'une dent de 12 ans déchaussée et douloureuse dont nous faisons l'extraction immédiate.

En arrière de cette dent existe, au niveau de l'alvéole de la dent de sagesse extraite, un trajet où le stylet pénètre très profondément, mais dans une direction si postérieure qu'il ne nous semble pas possible que ce soit dans le sinus.

De fait, la malade n'a jamais mouché de pus. Pas de crépitation parcheminée. Nous pensons cependant à l'existence d'un kyste dentaire.

Opération. — Anesthésie chloroformique.

Incision à la partie toute postérieure du sillon gingivo-jugal. Usure peu marquée de la table externe du maxillaire.

Après trépanation, on tombe sur une poche extrêmement épaisse, et dans la cavité de laquelle tiendraient facilement deux noix.

La poche extirpée, on constate l'usure complète de la paroi interne et on pénètre, en effet, dans les fosses nasales.

En arrière, la *tubérosité maxillaire n'existe plus*. Quant au sinus, il est devenu absolument virtuel.

Les kystes développés aux dépens des dents de la mâchoire inférieure sont relativement moins fréquents qu'au maxillaire supérieur; leur développement donne toujours à peu près les mêmes symptômes :

Tuméfaction osseuse, généralement au niveau de la table extérieure;

Crépitation parcheminée.

Deux cas de kystes, fistulisés au niveau de la symphyse mentonnière. — Les fistules, qui ne sont point rares, paraissent le plus souvent devoir être rattachées à des lésions infectieuses des incisives inférieures. Traiter ces dents, c'était en même temps guérir la fistule.

Cas de deux malades qui sentirent la présence d'un petit noyau dans les téguments du menton, mais attendirent leur fistulisation pour venir consulter.

A l'examen clinique, on trouve certains signes :

la table externe se laisse déprimer;
crépitation parcheminée.

A l'intervention, on trouve une poche kystique attachée à l'apex de la canine.

On voit combien le diagnostic positif des kystes dentaires peut être parfois délicat à faire, et la nécessité pour le stomatologiste d'avoir toujours recours à la radiographie, qui a une valeur de diagnostic presque égale à la ponction; radiographie et ponction exploratrice s'ajoutent aux signes chimiques parfois insuffisants; ce qui permet d'établir, d'une façon quasi certaine, le diagnostic.

CHAPITRE II

LE DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

I. — TUMEURS D'ORIGINE NON DENTAIRE :

Tumeurs malignes : sarcome et épithélioma.

Tumeurs bénignes : fibromes; chondromes; ostéomes.

II. — TUMEURS D'ORIGINE DENTAIRE :

Tumeurs bénignes : —

Solides : épithélioma adamantin, odontome.

Liquides : kystes.

III. — DIAGNOSTIC DE LA SUPPURATION.

Nous avons montré au début de ce travail l'intérêt de l'étude que nous entreprenions, car un diagnostic exact a trop d'importance au point de vue individuel et familial pour que nous ne nous efforcions de rechercher le caractère de la tumeur dont dépend le choix d'une technique opératoire judicieuse.

Quels sont donc les caractères qui indiquent la bénignité ou la malignité des tumeurs ?

I. — Tumeurs d'origine non dentaire.

a) TUMEURS MALIGNES

Les tumeurs malignes ont une évolution rapide de six mois à un ou deux ans et se terminent par la mort. Le malade accuse des douleurs violentes surtout intenses la nuit, irradiées, névralgiques (dentaire, sous-orbitaire).

Les dents sont ébranlées et peuvent tomber.

On constate des ulcérations des muqueuses et des téguments sans tendance à la cicatrisation.

L'envahissement ganglionnaire est constant.

La radiographie montre une tumeur diffuse avec raréfaction du squelette.

On constate une légère réaction du périoste. Les troubles fonctionnels sont graves quand la tumeur est devenue volumineuse. Les douleurs persistent quelquefois; le nerf dentaire inférieur est détruit par le néoplasme et on note de l'anesthésie dans le territoire du nerf mentonnier et du nerf sous-orbitaire. La mastication est impossible; la phonation et la déglutition sont gênées; la salive n'est plus avalée qu'avec difficulté et s'écoule sans cesse au dehors.

La ponction ramène souvent du sang.

La biopsie indique à l'examen histologique la malignité du processus.

Au maxillaire supérieur, il faudra surtout songer au sarcome ou à l'épithélioma.

La période de latence pourra être fort longue, car ces tumeurs ont la possibilité de se développer aux dépens d'une zone relativement silencieuse.

Le bon clinicien aura bien en mémoire les symptômes d'alarmes étudiés par Truffert :

douleurs dans les dents;

névralgies;

hémorragies plus ou moins abondantes.

Le lavage du sinus ramène un liquide sanglant, et, lorsque la muqueuse du sinus est rompue, le contenu s'infecte, le pus devient fétide.

Parfois le malade accusera une hyperesthésie cutanée sous-orbitaire.

Mais ces tumeurs évolueront vers les :

fosses nasales;

plancher de l'orbite, occasionnant de l'*exophtalmie*
et de la *paralysie du nerf moteur oculaire externe*;

ethmoïde, bouche joue.

Le diagnostic différentiel entre sarcome et épithélioma se fera d'après l'âge, l'évolution et les antécédents;

Le sarcome, maladie des jeunes, se rencontrera de 15 à 30 ans, évoluera très rapidement. Chez les gens âgés de 40 à 50 ans, ayant un passé sinusien, il faudra penser à un *épithélioma*.

Sarcomes et épithéliomas seront encore assez fréquents au *maxillaire inférieur*.

Les sarcomes périostiques à type fuso-cellulaire forment une saillie régulière au début, vite bosselée.

Les sarcomes centraux ostéogéniques donnent une signe qui pourra faire errer le diagnostic : la crépitation parcheminée.

Les épithéliomas se développent aux dépens de l'épithélium gingival. Leur début se fait à l'occasion d'une ulcération gingivale. Cette tumeur « terébrante » finit par ronger l'os.

Mais parfois le diagnostic de sarcome pourra ne pas être fait. Sebileau et Lemaître ont rapporté à la Société de Stomatologie le cas de trois malades qui se sont présentés à Lariboisière avec des tumeurs revêtant les principaux caractères du kyste paradentaire : la crépitation parcheminée nette, évolution lente et indolore, la radio n'indiquant rien de net; la ponction fut négative, mais c'est assez fréquent.

A l'intervention, on trouva trois tumeurs que l'examen histologique montra être :

un sarcome à myéloplaxes;

un sarcome ostéoïde;

un fibrosarcome ossifiant.

Un des trois cas, malgré la large opération pratiquée, récidiva trois ans après.

b) TUMEURS BÉNIGNES.

Ces tumeurs bénignes ont une évolution très lente; elles sont apparues dans le jeune âge. Elles occasionnent une douleur assez discrète, mais peuvent arriver à comprimer le nerf

dentaire inférieur, occasionnant des névralgies dentaires avec irradiation du côté de l'oreille et parfois anesthésie secondaire par section du nerf, ou bien, sur la mâchoire supérieure, les douleurs siègent dans la région de la joue, de la tubérosité maxillo-malaire avec irradiations frontales, temporales, intra-orbitaires.

La radio indique la netteté des limites de la tumeur.

Les diverses variétés de tumeurs bénignes sont :

1° *Les fibromes purs.* — Ils siègent au niveau de la fosse canine ou de l'angle du maxillaire inférieur. C'est une tumeur lisse, élastique, sur laquelle les téguments glissent et ne sont pas modifiés. Ils s'acheminent exceptionnellement vers la malignité.

2° *Les chondromes.* — Ils sont rares et se développent aux dépens des débris du cartilage de Meckel.

On décrit les enchondromes (centraux) et les périchondromes (périphériques); ces derniers développés au niveau des points d'ossification. Ils peuvent acquérir un accroissement considérable.

La radio montre une masse claire se détachant du fond de l'os.

3° *Les ostéomes.* — Les ostéomes des maxillaires sont également des tumeurs rares. Ils ne déterminent que des troubles purement mécaniques (mastication). Eckert a publié une observation d'ostéome du condyle ayant déterminé une subluxation de l'articulation temporo-maxillaire.

II. — Tumeurs bénignes d'origine dentaire.

TUMEURS SOLIDES : *Epithélioma adamantin; odontome.*

TUMEUR LIQUIDE : *kystes.*

1° *EPITHÉLIOMA ADAMANTIN.* — Il siège presque exclusivement au maxillaire inférieur; dans quelques cas (Albarran, Jacques, Dean Lewis), la tumeur occupait le maxillaire supérieur.

Cette tumeur ressemble beaucoup cliniquement au kyste multiloculaire. Son développement, qui résulte de la prolifération des débris épithéliaux paradentaires, est lent et insidieux et ne s'accompagne pas de douleurs. Elle ne se manifeste que par l'apparition d'une tuméfaction de l'os dans la région de l'angle. Elle est uniformément dure. La peau qui la recouvre, la gencive, sont normales; les dents correspondantes sont ébranlées et tombent.

L'épithélioma adamantin s'est toujours comporté jusqu'à présent comme une tumeur relativement bénigne. Il s'accroît lentement et son évolution se chiffre par années. L'état général reste bon. Il n'y a pas d'adénopathie.

2° ODONTOMES. — Ce sont des tumeurs formées par les tissus constitutifs de la dent développée, émail et ciment. C'est une tumeur, rare, dont il faut décrire trois variétés :

- a) l'odontome diffus;
- b) l'odontome coronaire;
- c) l'odontome radiculaire.

a) *Odontome diffus* : Tumeur irrégulière, mamelonnée, de volume variable, de consistance osseuse. Ces tumeurs siègent presque exclusivement au maxillaire inférieur dans la région des molaires. Ce sont des tumeurs qui ont terminé leur évolution anatomique; elles ne s'accroissent plus et ont perdu toute connexion vasculaire avec le maxillaire, dans l'épaisseur duquel elles sont situées. Leur origine doit être recherchée dans l'ensemble des éléments épithélial et conjonctif du follicule dentaire.

b) *Odontome coronaire* : Le plus souvent, l'odontome est circonscrit et constitue une tumeur de petit volume insérée au collet d'une dent dont la couronne est normale et dont la racine s'est bien développée.

c) *Les odontomes radiculaires* sont des tumeurs assez volumineuses qui s'implantent sur la racine d'une dent dont la couronne est complètement et régulièrement développée.

L'odontome est une tumeur des sujets jeunes dont la dentition n'est pas terminée : « Toute tumeur, dit Broca, qui

se montre dans la mâchoire après l'achèvement de l'évolution dentaire n'est pas un odontome. »

Le développement de la tumeur est lent et insidieux. Puis apparaît dans la région des grosses molaires inférieures une tuméfaction dure, osseuse, écartant les deux lames de l'os; quelquefois, il y a de la crépitation parcheminée.

Constamment *une dent manque* dans la rangée alvéolaire, au niveau de la tumeur. On peut voir survenir au bout d'un temps plus ou moins long des phénomènes inflammatoires.

Les odontomes inclus seront reconnus à leur développement pendant la période d'évolution dentaire et à l'absence d'une ou plusieurs dents. Dans les cas douteux, le diagnostic d'avec les kystes peut être établi par une ponction exploratrice ou, mieux, par une radiographie.

III. — Diagnostic de la suppuration.

Quand nous nous trouvons en présence d'une *suppuration*, il faudra éliminer trois diagnostics :

- séquestre;
- abcès;
- sinusite primitive.

Séquestre. — L'interrogatoire du malade renseignera sur une intervention précédente.

Les signes inflammatoires seront assez marqués.

Le stylet, qui explore le trajet fistuleux, heurte un os dénudé, parfois mobile, mais transmet à la main une sensation spéciale de surface dure, irrégulière.

Abcès. — Peut être consécutif à un pulpite ou à une radiculite avec périostite.

Les soins dentaires amèneront souvent la guérison.

Sinusité primitive. — Ici nous trouverons parfois tous les signes d'une sinusite aiguë. La radiographie et la diaphanoscopie trancheront le diagnostic.

CHAPITRE III

DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE ET PRONOSTIC

I. — Diagnostic de nature.

Le kyste une fois reconnu, reste à déterminer la variété à laquelle on a affaire, kyste dentifère ou kyste radiculo-dentaire (le kyste multiloculaire a une physionomie clinique trop spéciale pour être discuté).

On se basera pour ce diagnostic sur l'âge du sujet et sur l'examen des dents :

1° *Le kyste dentifère* est une tumeur qui appartient à l'époque de la seconde dentition, il s'accompagne de l'absence d'une des dents permanentes, et le reste de la denture peut être sain;

2° *Le kyste radiculo-dentaire* est de tous les âges, mais plus fréquent chez l'adulte, le plus souvent chez un sujet dont les dents sont au complet; mais contre la tumeur une ou plusieurs dents sont généralement altérées, soit qu'il s'agisse d'une cavité cariée, soit qu'il s'agisse d'une destruction plus ou moins complète de la couronne (chicots et racines). Il peut arriver qu'il n'y ait aucune dent cariée. Enfin un kyste peut évoluer isolément sous une crête alvéolaire déshabitée. Dans ce cas des extractions ont été précédemment faites.

Renseignements fournis par l'étiologie.

1° FRÉQUENCE.

a) *D'après l'âge.* — Les kystes d'origine dentaire se développent presque exclusivement au cours de la dentition permanente. Ils sont, pourrait-on dire, l'apanage de l'adolescence et de l'âge mûr, et décroissent avec la vieillesse.

Lemaitre et Ruppe ont publié l'observation d'un cas de kyste paradentaire né aux dépens d'une dent de lait; c'est un fait exceptionnel dans la littérature médicale, et cette rareté serait due d'après ces auteurs aux conditions anatomiques et évolutives de ces dents.

D'une part, l'existence des débris épithéliaux de la première dentition est extrêmement courte, puisqu'elle cesse dès que commence la résorption radiculaire de ces dents; d'autre part l'infection des dents de lait ne réalise pas les conditions de durée et d'insidiosité nécessaires à la prolifération épithéliale des kystes. A ce propos, nous verrons plus loin qu'un problème se pose au point de vue conduite à tenir.

Les kystes dentigères peuvent survenir chez des sujets jeunes, âgés de 6 ou 7 ans par exemple, c'est-à-dire à une époque antérieure à l'éruption de la dentition permanente.

Les kystes paradentaires, au contraire, sont en relation avec l'état infectieux d'une dent déjà en place sur l'arcade, ou bien avec des phénomènes de compression sur des dents ou sur des racines que provoque le port d'appareils prothétiques.

OBSERVATION RÉSUMÉE. — T... (Marcel), 6 ans, présente une déformation de la joue gauche apparue progressivement.

Actuellement, les téguments de la joue sont soulevés par une tuméfaction profonde comblant la région sous-malaire.

La palpation de la masse donne une sensation de tumeur liquide.

Pas de crépitation parcheminée.

La radio donne une image kystique caractéristique. La racine de la première molaire de lait pointe dans la partie inférieure de la cavité kystique. Son apex est dépourvu de ligament alvéolo-dentaire, mais il est très pointu et n'a pas encore subi de résorption. Les germes dentaires sont refoulés par le kyste et se disposent à la périphérie de la paroi kystique. A la ponction, on retire un liquide jaunâtre avec des paillettes de cholestérine.

A l'intervention, on évacue le contenu liquide, puis on procède au décollement de la paroi, qui est enlevée en totalité. On

enlève alors la première molaire de lait. Les rapports qu'affecte cette dent avec la poche kystique sont tout à fait comparables à ceux des racines d'une dent permanente, lorsqu'elles sont le point de départ d'un kyste radiculo-dentaire. L'apex est en effet dénudé et intrakystique, et la paroi du kyste s'insère sur la racine à quelques millimètres de l'apex. L'opération terminée, on aperçoit deux corps blanchâtres qui ne sont autres que les germes de la racine et de la 2^e prémolaire.

b) *D'après le sexe.* — Les femmes seraient plus souvent atteintes de 30 à 50 ans.

c) *D'après le siège.* — Le maxillaire supérieur héberge infiniment plus de kystes que la mandibule, qui n'en contiendrait, d'après Jacques, que 5 p. 100 et même 1 p. 100, à considérer les kystes radiculo-dentaires exclusivement.

La structure du maxillaire inférieur en est-elle la raison ? Les parois osseuses vestibulaires et linguales et la barre compacte du rebord inférieur se laisseraient difficilement refouler, tandis qu'à la mâchoire supérieure un kyste refoule facilement cet os, qui paraît avoir été soufflé.

Le siège le plus fréquent est au niveau des incisives latérales et des bicuspidés.

Parfois, la dent de sagesse voit un kyste se développer dans son voisinage à cause de l'infection facile de la cavité péri-coronaire.

2° CAUSES FAVORISANTES.

A. — *Causes locales.*

a) *Carie.* — L'irritation prolongée causée par le voisinage d'une infection radulaire ou alvéolo-dentaire réveille l'activité cellulaire assoupie des débris épithéliaux.

b) *Un séquestre d'origine dentaire* peut provoquer la formation d'un kyste suppuré et entretenir la suppuration pendant plusieurs années. L'ablation du séquestre suffit, dans un cas de Bourbon, à amener la guérison complète.

c) *Infection*. — Souvent les kystes sont le résultat d'une irritation due soit à une dent incluse, soit à une racine enflammée.

Heath décrit deux sortes de kystes dentigères :

ceux dus à une dent incluse;

ceux dus à l'inflammation du ligament de la racine dont l'éruption est incomplète.

d) *Traumatisme*. — A la Société de laryngologie de Vienne, Menzel rapporte un cas de kyste de la mâchoire dû à la rétention du germe dentaire, qui s'est, par la suite, développé complètement; le kyste se forma vraisemblablement grâce aux restes paradentaires, et son contenu a pu être infecté à l'occasion d'un traumatisme ayant eu lieu onze ans auparavant : cet homme, alors âgé de 22 ans, avait reçu un coup sur la joue. La fistule s'est probablement développée grâce aux mauvaises conditions pour la guérison, la dent formant corps étranger.

A l'extraction de la dent, on trouve une membrane pyogène, revêtant une cavité en entonnoir.

B. — Causes générales.

a) *Hérédité*. — Jacques opère un kyste de l'angle de la mâchoire inférieure chez un sujet dont le grand-père paternel avait été opéré d'un kyste dentaire de la même région.

Albaran voit une jeune malade âgée de 8 ans porteur d'un kyste au niveau de la face externe du maxillaire inférieur du côté droit, dans la partie répondant à la deuxième molaire. Sa sœur, âgée de 12 ans, présente un kyste de la même région.

b) *Tuberculose*. — Il est des cas où la tuberculose a pu être incriminée dans la production des kystes; Poncet et Leriche, de Lyon, ont publié des cas de kyste du corps thyroïde et de l'ovaire, que l'examen histologique a montré tuberculeux.

Masson avait écrit déjà en 1913 : « le processus tuberculeux peut déterminer des hyperplasies conjonctivo-épithéliales ou

épithéliales pures entièrement comparables à celles que l'on rencontre dans certains adénomes. »

c) *Le terrain syphilitique* jouerait un rôle prédisposant (Cavalé). Par terrain syphilitique, il faut surtout entendre la syphilis héréditaire, qui, on ne sait trop comment ni pourquoi, facilite la formation de kystes divers dans l'organisme.

Il semble qu'il existe des tempéraments kystogènes (peut-être familiaux).

II. — Pronostic.

Si le *diagnostic* a pour but de préciser les limites et la nature d'une tumeur, en vue de servir d'indication pour le choix du traitement, le *pronostic* nous permet d'établir, quand nous allons opérer, ce qui se passera après le traitement que nous allons instituer.

Nous prévoyons en quelque sorte l'avenir et les suites opératoires.

Les kystes d'origine dentaire ont une évolution très lente et le plus souvent indolore. Le malade va voir le stomatologiste parce que l'augmentation du volume de la tumeur l'inquiète.

Mais le kyste peut s'ouvrir dans la bouche ou dans le sinus ou dans les fosses nasales. Il pourra s'ensuivre une infection de la poche kystique et de son contenu.

La guérison spontanée est exceptionnelle quand le kyste est ouvert; ordinairement, la suppuration s'éternisera.

Quand la tumeur se développe dans le voisinage des cavités pneumatiques de la face, l'infection pourra se propager aux cellules ethmoïdales et servir de point de départ à une méningite.

Tellier a décrit la gastrite septique consécutive aux suppurations chroniques qui se donnent issue dans la bouche.

Les kystes uniloculaires, dentigères ou non, sont des néoplasmes franchement bénins. Leur récurrence ne s'observe qu'après des interventions manifestement insuffisantes, comme la ponction ou la simple incision. La guérison défi-

nitive est constamment obtenue par l'extirpation complète de la poche. Peut-être faut-il faire quelques réserves sur cette bénignité constante et leur transformation maligne est-elle possible dans de rares cas.

Verneuil attribuait l'épithélioma térébrant des mâchoires à la dégénérescence des kystes radiculo-dentaires, et, plus récemment, Moure a observé *deux cas* de tumeurs malignes (un carcinome et un sarcome) du maxillaire supérieur qui reconnaissent cette origine.

Delater considère que les kystes représentent pendant longtemps un *état précancéreux*. On pourrait suivre leurs étapes successives vers la transformation maligne, dont la menace nécessite l'extirpation de toute tumeur reconnue. (*Presse médicale*, 29 mars 1924).

En réalité, il faut être plus optimiste et, avec M. Cavalié, qui n'a jamais vu d'évolution maligne partir des kystes (statistique de près de 600 cas personnels), admettre que, en principe, le pronostic est bénin, sous la condition d'un traitement curatif bien conduit.

DEUXIÈME PARTIE

ÉTUDE DES TRAITEMENTS

- 1° *Extraction simple de la dent.*
- 2° *Injection iodée et « traitement de douceur ».*
- 3° *Cataphorèse. Ionophorèse.*
- 4° *Incision de la poche.*
- 5° *Drainage de la cavité et drainage métallique.*
- 6° *Marsupialisation : Méthode de Partsch.*
- 7° *Extirpation totale de la tumeur par curettage ou énucléation.*
- 8° *Technique de l'énucléation.*
 - a) *Procédé de Rodier;*
 - b) *Procédé de Jacques;*
 - c) *Procédé de Adler;*
 - d) *Cure radicale de Cavalé.*

HISTOIRE ET ÉVOLUTION DES TRAITEMENTS

1° EXTRACTION SIMPLE DE LA DENT (1).

A une époque où l'on connaissait peu ou mal les kystes de la mâchoire, on les avait confondus avec les abcès dentaires. C'est pourquoi on se contentait de les traiter comme des abcès par l'extraction simple de la dent cariée, au niveau de laquelle ils s'étaient développés.

Fauchard, en 1728, préconisait déjà l'extraction simple; mais tout en reconnaissant la différence qui existe entre les abcès dentaires et les kystes, il ne pouvait s'expliquer la cause des récidives, car il ignorait la structure épithéliale de la poche.

L'extraction de la dent amène parfois l'écoulement du con-

(1) D'après Bouyssou.

tenu du kyste; si on introduit un stylet dans l'alvéole déshabillée, on pénètre dans une cavité. La fistule ainsi créée persiste très longtemps du fait de l'infection buccale, l'intérieur de la poche kystique s'enflamme et devient le siège d'une suppuration habituellement abondante déterminant à la longue la destruction de l'épithélium tapissant les parois de la tumeur. La cavité se comble peu à peu par bourgeonnement de ses parois, et la fistule finit elle-même par se cicatriser. Mais, nous ne saurions trop le répéter, on n'obtient ce résultat que dans des cas heureux *très rares*, et au bout d'un an, parfois beaucoup plus.

Quelles sont les conditions nécessaires pour que la guérison puisse survenir par ce procédé?

Il faut que l'alvéole reste ouvert, que la cicatrisation de la gencive ne se produise pas et que l'existence d'une fistule permette au pus de s'écouler tant que le bourgeonnement des parois de la poche n'aura pas complètement comblé la cavité.

Mais les choses ne se passent pas toujours ainsi; il est très fréquent de voir survenir la cicatrisation de l'orifice alvéolaire. Alors, la cavité est de nouveau close; elle se remplit de pus, et la *récidive* est survenue. Le kyste va continuer son évolution qui pourra même être plus rapide et plus aiguë, car la cavité est infectée, alors que le plus souvent elle ne l'était pas avant l'opération. Souvent, la tumeur récidivera sous forme de kyste multiloculaire, et dans quelques cas heureusement très rares, elle *évoluera en tumeur maligne* (1).

En outre de la récidive par oblitération du trajet fistuleux, on peut voir survenir des complications d'ordre septique. La rétention du pus qui s'écoule à travers un orifice fistuleux rétréci peut donner lieu à des accidents inflammatoires et à la *périostite du maxillaire*. Il peut même y avoir une nécrose des parois osseuses du kyste comme on pourra en avoir un exemple dans une observation de Magitot, que nous rapportons dans cette thèse (Voir *infra*, p. 44).

Nous avons un peu insisté sur les complications assez fré-

(1) *Presse médicale*, 3 avril 1924, p. 306.

quentes qui suivent l'extraction simple de la dent incriminée, dans certains cas de kystes en rapport direct avec l'apex. Ces kystes sont rares. C'est dire que ce procédé ancien ne répond plus à nos connaissances actuelles sur la topographie et la pathogénie des kystes. Nous voulons mettre en garde certains spécialistes contre cette tendance qu'a le malade à vouloir dicter parfois une ligne de conduite au chirurgien pour éviter une intervention un peu plus importante. C'est l'intérêt de nos malades que nous défendons toujours, efforçons-nous de le leur faire comprendre.

2° INJECTION IODÉE.

Les nombreux insuccès survenus dans l'application de la méthode précédente amenèrent les chirurgiens à chercher dans les injections modificatrices un moyen plus efficace pour obtenir la guérison.

C'est ainsi que Jobert de Lamballe, après avoir extrait la dent, pratiquait à l'intérieur du kyste une injection iodée.

C'est ce procédé qui est encore employé par quelques chirurgiens.

L'injection iodée, pratiquée à l'intérieur des kystes dentaires, s'accompagne en général d'une réaction inflammatoire intense; elle est le plus souvent très douloureuse, et, de plus, elle est loin de mettre tout à fait le malade à l'abri d'une récurrence.

La substance injectée ne touche que la couche superficielle de la poche kystique souvent fort épaisse en certains points de sa périphérie.

Il est facile de comprendre, au surplus, que quelques-uns des nombreux diverticules que possède la paroi épithéliale du kyste peuvent ne pas être atteints par le liquide modificateur, et que ces culs-de-sac seront plus tard le point de départ de récurrences. Ce procédé donne lui aussi des échecs et il expose aux mêmes accidents que l'extraction simple de la dent. Certains malades pusillanimes sont effrayés à l'idée

d'une cure sanglante et réclament instamment un traitement moins offensif. Le docteur Coustaing a fait de ce « Traitement de douceur » l'objet d'une communication à la Société de stomatologie. Il aurait, dans quatre cas, obtenu d'excellents résultats en se contentant de la ponction simple avec introduction dans la cavité de substances caustiques et antiseptiques (créosote, acide phénique, acide azotique, acide chlorhydrique dilués, les bases [soude, potasse], pâte de Canquoim ⁽¹⁾, chlorure de zinc) capables de provoquer l'inflammation de la paroi interne et sa désinfection, sans préjudice des soins donnés à la dent, cause du kyste.

Ce traitement ne nous arrêtera pas longtemps, car il est infiniment probable que son auteur a eu plutôt affaire à des abcès qu'à des kystes.

3° CATAPHORÈSE ET IONOPHORÈSE.

Pont (de Lyon) essaya de traiter les kystes au moyen de la *cataphorèse*; il cite trois observations, dont une où la guérison fut complète au bout de douze jours. Nous devons ajouter qu'il ne faisait que soupçonner un kyste appendiculaire; il en trouvait toute la symptomatologie, mais on a l'impression qu'on pourrait aussi bien se trouver en présence de formations granulomateuses périapicales.

L'*ionophorèse* du docteur Bernard autorise bien des espoirs, mais reste encore dans le domaine de l'expérimentation.

4° INCISION DE LA POCHE.

Nous ne nous arrêterons pas longtemps sur le procédé qui consiste à pratiquer l'incision simple de la tumeur au niveau du point le plus saillant dans le vestibule de la bouche, que cette incision soit précédée ou non de l'extraction de la dent.

La poche se vide très bien au moment de l'incision, mais les insuccès sont aussi fréquents que par l'extraction simple.

(1) Trichlorure d'antimoine et chlorure de zinc.

Presque toujours, les lèvres de la plaie se cicatrisent, et il y a récidence; ou bien la plaie reste fistuleuse pendant des mois et des années, ou bien on peut observer des complications septiques et des récidives éloignées.

5° DRAINAGE DE LA CAVITÉ ET DRAINAGE MÉTALLIQUE.

En présence des nombreux insuccès obtenus par l'incision simple, insuccès dus le plus souvent à la cicatrisation trop rapide de la plaie, les chirurgiens s'efforcèrent de s'opposer à cette cicatrisation.

C'est ainsi que Richet eut l'idée d'établir une sorte de séton à l'aide d'un fil qui passait à travers les parois du kyste. La guérison survenait souvent par l'écoulement du liquide le long du fil, l'inflammation et la suppuration de la poche, le bourgeonnement des parois du kyste qui finissait à la longue par en combler la cavité.

Mais il est aisé de comprendre que ce procédé donnait tous les désavantages des précédents. La suppuration se prolongeait parfois pendant des années, les complications infectieuses pouvaient prendre dans certains cas des proportions inquiétantes et, à cause de la persistance possible des débris épithéliaux, même après suppuration intense de la poche, le malade n'était pas à l'abri des récidives éloignées.

Les résultats obtenus par Magitot à l'aide du drainage métallique ne sont guère plus avantageux que ceux de la méthode précédente. Cet auteur a publié, en 1876, *deux observations* qui peuvent nous fixer sur la longueur vraiment désespérante de ce traitement.

Dans la première observation, il s'agit d'un kyste de la dimension d'une petite orange. On pratique l'extraction de la dent, et, quelques jours après, on fait une contre-ouverture au niveau du vestibule de la bouche. Un fil de soie est passé à travers les deux orifices alvéolaire et vestibulaire, et le lendemain ce fil est remplacé par un petit drain de caoutchouc de 2 millimètres de diamètre environ.

Les jours suivants, il y a de la fièvre, un peu de délire et un gonflement douloureux au niveau de la joue. On pratique des lavages à l'eau pure, et huit jours après, lorsque les accidents inflammatoires ont disparu, on introduit par l'orifice externe de la cavité un tube en étain avec ouvertures latérales et petit pavillon inférieur. Le malade pratique lui-même ses lavages deux fois par jour.

« Après dix mois de ce traitement, la cavité est réduite au tiers du volume primitif; on espère qu'avant un an la cavité pathologique aura disparu. »

Qu'est devenu ce malade ? Nous n'avons pas pu le savoir.

Dans la *deuxième observation*, publiée par Magitot, la dent est extraite et l'on dilate l'orifice alvéolaire du kyste pendant un mois à l'aide de petits clous de plomb de plus en plus volumineux.

Puis, pendant quinze jours, on applique un pansement avec des tampons de charpie imbibés de teinture d'iode légèrement diluée. Il survient alors une nécrose partielle des parois de la cavité du kyste et l'on enlève à la pince des petits séquestres.

Le traitement est réduit à de simples lavages que le malade pratique lui-même par un drain d'étain. Plusieurs mois après, la cavité persiste encore, mais elle a diminué.

Il est facile de se rendre compte, après la lecture de ces deux observations, de tous les désavantages de ce procédé. Dans les deux cas, on a observé des complications. Et Magitot lui-même indique que : « Le temps de la guérison ne paraît pas devoir dépasser deux années. »

6° MÉTHODE DE PARTSCH. MARSUPIALISATION.

La marsupialisation consiste à créer une communication définitive entre la cavité kystique et la cavité buccale. On compte sur la prolifération cellulaire pour combler secondairement cette cavité accessoire. Une incision circulaire permettra une ouverture aussi large que possible par excision de toute la partie externe de la poche.

On résèque une portion de la membrane tapissant la cavité; la réunion avec la muqueuse buccale se fera, dans bien des cas, sans suture. La cavité accessoire va très vite se combler en un à six mois.

Quand l'extrémité de la racine plonge dans le kyste, l'auteur propose la conservation de la dent en pratiquant la résection apicale en même temps que la marsupialisation.

7° EXTIRPATION TOTALE DE LA TUMEUR PAR CURETTAGE OU ÉNUCLÉATION.

On tend actuellement à reconnaître l'insuffisance de toutes ces pratiques thérapeutiques, et, dans la majorité des cas, on aura recours à *l'ablation du kyste*.

Tous les auteurs qui utilisent cette méthode conseillent d'ouvrir très largement la cavité et de pratiquer l'extirpation totale de la tumeur soit par le curettage, soit par l'énucléation. L'énucléation est le procédé le plus élégant et le plus sûr.

8° TECHNIQUE DE L'ÉNUCLÉATION.

Nous ne voulons pas, dans ce court travail, nous étendre sur tous les modes opératoires qui ont été préconisés jusqu'ici. Nous avons tenu à indiquer les quelques méthodes précédentes pour montrer leurs inconvénients et pouvoir mieux faire ressortir tous les avantages de l'énucléation.

Rodier a bien réglé les différents temps de l'intervention. Nous empruntons à la *Revue de stomatologie* les grandes lignes de sa description.

L'opération comprend :

- l'anesthésie;
- l'incision;
- la décortication;
- l'extraction ou la conservation des dents;
- le pansement;
- les soins consécutifs.

L'*anesthésie locale* est toujours suffisante; on circonscrit la tumeur avec quelques piqûres d'une solution extemporanée de cocaïne et eucaïne par parties égales pour faire du mélange une solution au centième dont on injectera 2 cc. On peut ajouter à cette solution du chlorhydrate d'adrénaline, qui amènera un peu de vasoconstriction; précaution heureuse, car l'énucléation est souvent la cause d'hémorragies abondantes.

Les piqûres sont faites sous la voûte palatine, sur le rebord gingival et, en dehors, sous la muqueuse qui recouvre la tumeur. Ces dernières doivent être très superficielles pour éviter la perforation de la poche. L'anesthésie obtenue, on fait sur le point le plus saillant *deux incisions* ayant à peu près les dimensions de la tumeur et perpendiculaires l'une à l'autre (incision en potence). Ces incisions doivent être faites lentement et comme pour disséquer la muqueuse, jusqu'à ce qu'on arrive sur la poche fibreuse violacée et plus dure que les tissus superficiels.

A ce moment, on fait écarter les lambeaux, dont l'angle a été pincé dans des pinces de Péan, puis on commence la *décortication*, en ayant soin d'éviter la perforation du kyste. Pour cela, on se sert d'instruments mousses de l'extrémité plate et recourbée d'une spatule à plombages. Mais le procédé le plus simple et le plus sûr consiste à garnir d'un tampon de coton l'extrémité de la spatule, ou d'un excavateur, ou de nos pinces ordinaires à pansements. Ce tampon est foulé entre la paroi et les tissus sous-jacents et promené le plus profondément possible en circonscrivant la tumeur, dont il a pour but d'éviter la rupture ainsi que la perforation de la fibro-muqueuse sinusienne.

En avant, l'énucléation est facile, car il y a peu ou pas d'adhérences, et ce n'est qu'en arrière et dans la profondeur qu'on éprouve quelque résistance. Mais avec un peu d'habitude et beaucoup de patience, on parvient toujours à rompre les tissus adhérents, sauf au niveau du rebord alvéolaire, où presque toujours la poche kystique est rompue :

alors elle se vide de son contenu, ce qui a peu d'importance, l'énucléation étant à peu près terminée. On prend alors la poche dans une pince à forcipressure, on la tire au dehors et on finit de rompre les adhérences avec la spatule débarassée du tampon de coton.

Au cours de l'opération, on est peu gêné par le sang, et s'il y a une légère hémorragie, ce n'est qu'au moment de la rupture des dernières adhérences.

Un tamponnement de quelques minutes avec du coton stérilisé assure l'hémostase.

En incisant légèrement la gencive, car il n'y a souvent plus de procès alvéolaires, les débris radiculaires peuvent être énucléés avec la poche, à laquelle ils restent adhérents. S'il n'en est pas ainsi, on peut, mais à ce moment seulement, *extraire ou conserver les racines*, et leur appliquer, les jours suivants, le traitement ordinaire des dents infectées, qui se trouve facilité dans le cas particulier par la mise à découvert de l'apex.

Lorsque l'énucléation est terminée, on voit dans le fond de la plaie opératoire la surface osseuse blanche et en arrière, presque toujours, la fibro-muqueuse sinusienne, dont on a eu bien soin d'éviter la perforation. Celle-ci n'a d'ailleurs pas d'autres conséquences que de retarder la cicatrisation absolue de la brèche opératoire.

Lorsque l'hémostase est assuré, on procède au *pansement*. Rodier commence toujours par savonner la cavité à l'aide d'un tampon de coton; puis, après des irrigations d'eau bouillie, il termine par un badigeonnage dans la profondeur avec de la teinture d'iode fraîche.

Comme *soins consécutifs*, le malade doit se faire plusieurs fois par jour des savonnages de la cavité avec des tampons de coton hydrophile roulés sur des allumettes de bois et passés sur le savon qui lui sert pour les mains. Ces savonnages fréquents évitent la mauvaise odeur que pourrait avoir la plaie opératoire, et, au bout de quelques jours, le bourgeonnement commence, et la guérison s'obtient en quelques se-

maines et sans que nous ayons à faire le moindre pansement.

Rodier a toujours eu des suites opératoires favorables. Ce procédé a plusieurs avantages :

L'énucléation se fait en quelques minutes; elle est en général facile et peu douloureuse; les suites opératoires sont simples et la guérison rapide et certaine, sans déformation ou perte de substance appréciable.

A l'hôpital, surtout, elle a le grand avantage d'éviter aux malades des pertes de temps considérables occasionnées par les visites nombreuses que nécessitent les autres traitements.

Ce procédé est excellent et convient aux kystes du maxillaire inférieur et à ceux du maxillaire supérieur, qui ne présentent pas d'extension du côté des fosses nasales ou du sinus maxillaire.

Il est préférable, dans ce dernier cas, d'avoir recours au *procédé de Jacques*, de Nancy. On fait communiquer la cavité kystique avec le sinus et, par l'intermédiaire de celui-ci, avec les fosses nasales.

Il faut une suture soignée et serrée de la plaie gingivale, de façon à éviter toute infection d'origine buccale.

Adler décrit un *procédé d'énucléation* avec conservation de la dent et résection apicale dans le cas de pénétration de la racine dans la cavité kystique.

La technique qu'il suit est la suivante :

incision vestibulaire;

rugination;

trépanation au niveau de la région apicale; l'extrémité de la racine mise à nu, on la sectionne à la fraise à fissure.

Enucléation de toute la paroi kystique avec la curette.

Particularités à observer :

créer un cône de section de la racine aussi petit que possible, se rapprochant de la forme anatomique de l'extrémité radiculaire;

s'assurer que l'obturation de la racine a atteint le plan de section.

Ce procédé est surtout applicable dans le cas de dents antérieures dont l'état de carie n'est pas trop avancé et dont l'extrémité radiculaire plongeant dans la cavité kystique ne dépasse pas le tiers de la longueur totale de la racine.

La racine sera traitée aseptiquement quelques jours avant l'intervention et obturée *immédiatement* avant l'opération avec une pâte composée d'oxyde de zinc, eugénol, iodoforme, thymol.

Au chapitre du diagnostic étiologique, nous avons parlé d'un kyste développé *aux dépens d'une dent de lait* dont l'observation avait été rapportée par Lemaître et Ruppe.

Quel est, d'après ces auteurs, la conduite à tenir dans un cas semblable ? Dans les kystes paradentaires de première dentition, faut-il sacrifier ou conserver les germes dentaires ?

On est obligé de les sacrifier lorsqu'un germe est en rapport immédiat avec la paroi du kyste à laquelle il adhère souvent.

Pour d'autres germes, il y a incertitude entre l'exérèse ou la conservation. Cependant, les germes qui sont au voisinage ont une cavité folliculaire communiquant avec la cavité opératoire, qui s'ouvre dans la bouche, et possibilité d'infection secondaire et d'expulsion.

D'autre part, les germes voisins même non infectés ont subi la pression de la poche kystique, qui les a refoulés et mis en ectopie très marquée, pouvant ainsi ou rester isolés profondément ou provoquer des accidents d'éruption anormale.

La cure radicale des kystes paradentaires à la période de déformation.

par le procédé du Professeur agrégé CAVALIÉ.

La cure radicale des kystes paradentaires, à la période de déformation, consiste en l'ablation totale de la poche kystique, soit par décollement, soit par curettage.

Il est souvent difficile d'isoler la poche kystique du pour-

tour osseux. Lorsqu'on a incisé et écarté la gencive, on tombe soit sur l'os aminci, soit même sur la poche, où la paroi osseuse apparaît sur la circonférence; il est délicat d'exciser l'os sans blesser la poche. Le contour périphérique de la poche kystique est isolé et séparé de l'os avec une spatule courbe. C'est une manœuvre très délicate qui réussit quelquefois et permet d'arriver à la paroi profonde ou postérieure. Si on ne réussit pas à dégager ainsi la poche, on a la ressource d'arriver jusqu'à la crête alvéolaire. On luxe les racines s'il y en a. Si l'on est assez heureux pour ne pas ouvrir la poche, on aborde le kyste par sa paroi postérieure et, peu à peu, on remonte jusqu'à son extrémité profonde.

La poche vient tout entière; c'est bien. Sinon, même après avoir crevé la poche, il faut évacuer tout le liquide de façon à ne pas être gêné par lui quand on va la décoller.

Quand cette poche est trop molle, elle ne vient pas d'une seule pièce. Après en avoir enlevé soigneusement tous les morceaux, on verra le plus souvent une cavité osseuse saignant par plusieurs points, qui étaient d'ailleurs le siège des adhérences néovasculaires de la poche. Il est nécessaire de faire de la compression pendant quelques instants avec un tampon imbibé d'eau oxygénée, par exemple, à laquelle on a ajouté 1 goutte de la solution d'adrénaline au millième. Cette cavité osseuse ne saigne plus; elle paraît lisse. Mais à la périphérie, où se trouve le derme de la gencive en connexion avec l'os, il pourrait exister encore du côté de l'alvéole quelques tractus. Il est bon, à la gouge, de niveler tout le pourtour de la cavité osseuse ainsi que l'alvéole, en respectant, autant que faire se pourra, la paroi linguale ou palatine, qui ne sera jamais effondrée.

Il est procédé ensuite aux extractions de dents ou racines jugées utiles, principalement de celles en regard de la tumeur.

Il est hors de doute aujourd'hui que les kystes paradentaires ont pour point de départ les éléments épithéliaux inclus dans la membrane circumradiculaire et peut-être dans l'os alvéolaire.

Il existe en effet des amas épithéliaux, vestiges embryon-

naires qui, soit aux environs de l'apex d'une racine, soit dans les régions alvéolaires latérales, sont susceptibles de subir la transformation kystique.

Il y a un intérêt capital à s'assurer, pour la cure radicale, que la cavité alvéolaire originelle du kyste soit absolument débarrassée de son tissu mou (conjonctif resté jeune).

PROCÉDÉ OPÉRATOIRE.

L'anesthésie ⁽¹⁾ varie selon que l'on intervient sur une muqueuse enflammée ou non, car l'injection de l'anesthésique peut faciliter l'augmentation de l'infection en entravant les défenses locales.

On se trouve donc en présence de l'un ou l'autre des deux cas suivants :

1° Kyste non infecté avec intégrité de la muqueuse de surface : on peut faire une anesthésie locale sous-muqueuse;

2° Kyste ouvert, infecté, avec une muqueuse infiltrée, congestionnée : s'abstenir d'injection locale.

Bien entendu, que l'on ait fait ou non une injection sous-muqueuse, il faut pratiquer des injections péritronculaires ⁽²⁾.

Pour un kyste de la fosse canine, l'injection sera faite dans le canal sous-orbitaire; pour un kyste des alvéoles près de la tubérosité maxillo-malaire, on atteindra les nerfs alvéolaires postérieurs au moment de leur pénétration dans l'os de la tubérosité.

A-t-on affaire à un kyste siégeant sur l'arcade inférieure ? On pratiquera une injection à l'épine de Spix. Pour bloquer, il est prudent de faire une injection au trou mentonnier.

(1) A la Clinique dentaire, nous employons un des trois anesthésiques suivants :

1° Butelline, solution 0,5 p. 100 sans adrénaline;

2° Scurocaïne (novocaïne), solution à 2 p. 100 avec 1 goutte de solution chlorhydrate adrénaline au millième.

3° 1322 (essais pour la Maison Hoffmann, La Roche).'

(2) *L'anesthésie loco-régionale en O.-R.-L. et en chirurgie cervico-faciale*, par Portmann et Leduc.

De même, quand on intervient sur un kyste qui a récidivé, la muqueuse est toujours épaissie, fluxionnée; donc il ne faudra pas faire d'injection locale.

PREMIER TEMPS. — Le malade étant prêt à l'intervention, un aide relève la lèvre en haut avec deux écarteurs et on pratique une incision sur la muqueuse gingivale, au niveau le plus saillant de la tumeur.

Cette incision est parallèle au sillon vestibulaire

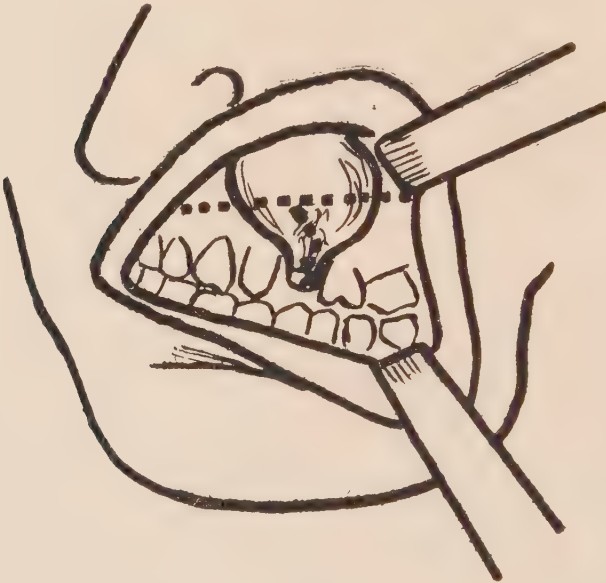


FIG. 1.

Une deuxième incision courbe part de la première et s'étend jusqu'au liséré gingival du collet de la dent, dont la cavité alvéolaire est présumée être le siège originel de la tumeur. Double incision en Y, comme le montre la figure ci-contre (fig. 1).

DEUXIÈME TEMPS. — Décollement et écartement des lèvres de la muqueuse incisée.

TROISIÈME TEMPS. — Délimitation de la périphérie du kyste.

Premier cas. — La paroi osseuse maxillaire a disparu, usée:

il est aisé avec le doigt de délimiter le contour de la tumeur.

Deuxième cas. — La paroi osseuse maxillaire persiste, plus ou moins amincie. On la résèque jusqu'à la périphérie de la tumeur avec le plus grand soin pour ne pas perforer le kyste.

QUATRIÈME TEMPS. — Décollement profond de la paroi kystique en commençant par en haut. Le kyste est détaché peu



FIG. 2.

à peu et récliné en bas, jusqu'au moment où des adhérences résistantes ne permettent plus de continuer cette manœuvre.

C'est généralement le point où la paroi kystique est toute proche de la cavité alvéolo-dentaire originelle.

CINQUIÈME TEMPS. — Prendre un davier approprié, davier à molaire, à prémolaire, à canine ou à racine; saisir la dent ou racine, la luxer en dehors doucement, sans brusquerie et ne pas procéder à l'extraction (fig. 2).

Par le mouvement de luxation, la paroi alvéolaire vestibulaire du procès est fracturée.

A ce moment de l'opération, voici exactement l'état de la région (fig. 3): :



FIG. 3.

En haut, la tumeur se trouve réclinée vers le bas;

En bas, la dent ou racine et la table vestibulaire du procès sont légèrement réclinées vers le haut.

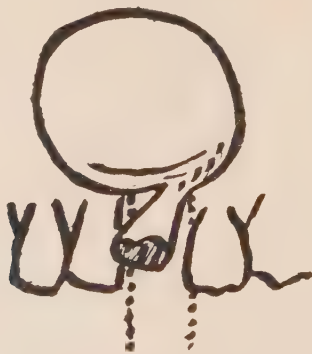


FIG. 4.

SIXIÈME TEMPS. — Prendre de forts ciseaux et sectionner du côté mésial et du côté distal de la cavité alvéolaire la paroi osseuse vestibulaire, de façon à libérer le fragment fracturé et à ne pas percer la tumeur (fig. 4).

SEPTIÈME TEMPS. — Il suffit dès lors de passer sous la racine et de soulever peu à peu la masse comprenant le kyste, la racine ou dent et l'os avoisinant, ainsi que le périodonte. L'ablation en est très aisée.

Il reste une cavité béante comprenant la cavité osseuse occupée par la tumeur et la cavité alvéolaire dont on a conservé la paroi osseuse palatine de façon à maintenir la ligne de l'arcade et à éviter une perte de substance pleine d'inconvénients dans la suite, ne serait-ce que pour la pose ultérieure d'appareils dentaires artificiels.

HUITIÈME TEMPS. — Suture par première intention des lèvres

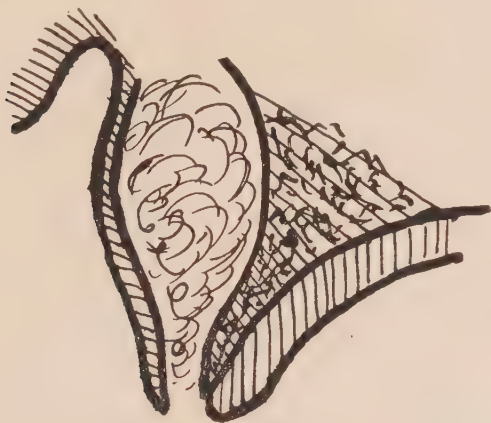


FIG. 5.

de la muqueuse gingivale et, par suite, fermeture de presque tout le champ opératoire.

Il reste un orifice, orifice alvéolaire, comparable à celui que laisse l'extraction d'une dent (fig. 5).

NEUVIÈME TEMPS. — Pansement aseptique, gaze et tampon de vernis, ou collodion isolant, dans la cavité alvéolaire, en cas d'hémorragie seulement.

Pour hâter la réparation, on fera quelques attouchements espacés très légers avec la créosote pure de hêtre.

Il faudra entretenir une propreté rigoureuse, empêcher les

substances alimentaires de séjourner dans la cavité osseuse et de fermenter, ce qui favoriserait la prolifération microbienne et pourrait entraîner des phénomènes d'ostéite et de toxoinfection générale, des douleurs et parfois de la fièvre.

Le malade fera lui-même des lavages plusieurs fois par jour avec un verre d'eau bouillie auquel il ajoutera une cuillerée d'eau oxygénée ou quelques gouttes de teinture d'iode au dixième.

Quand tous les soins ont été bien effectués, très rapidement les douleurs disparaissent, le malade se sent soulagé.

Néanmoins, pendant la première semaine, le malade viendra voir le chirurgien tous les jours, puis tous les trois jours, puis tous les huit jours, jusqu'à cicatrisation complète. La préoccupation constante du chirurgien est de veiller à ce que le bourgeonnement et le comblement de la cavité opératoire se fassent de la profondeur à la surface. Si les lèvres de la plaie tendaient à se cicatriser trop rapidement, on devra empêcher la réunion par des moyens mécaniques périodiques.

La réparation se fait en général assez bien en un, trois à quatre mois, suivant l'étendue de la cavité à combler.

Mais il reste une dépression qui s'atténuera peu à peu à la longue.

Quand l'ouverture de la cavité osseuse est considérable dans le vestibule, il peut arriver que la muqueuse serve au comblement; le sillon vestibulaire se trouve supprimé et la muqueuse jugale se continue avec celle du rempart alvéolaire, ce qui est un inconvénient et une gêne pour une prothèse ultérieure toujours à envisager. Dans ce cas, il sera possible de refaire le sillon vestibulaire et de le maintenir par une prothèse appropriée.

TROISIÈME PARTIE

LES SUITES DES TRAITEMENTS

Quand les divers temps de la technique de la cure radicale ont été observés avec une précision rigoureuse, quand les lavages journaliers ont été correctement faits par le malade, le comblement de la cavité et la cicatrisation de la plaie opératoire s'effectuent normalement en quelques mois. Mais parfois les suites opératoires peuvent être moins favorables.

En face de quelles complications pourrons-nous nous trouver, et que devons-nous faire?

Les *hémorragies* sont le plus souvent de courte durée; on en aura raison par la compression du foyer hémorragique, par l'application d'un tampon de coton imbibé d'une solution d'adrénaline au millième ou d'une solution d'antipyrine; par l'administration à l'intérieur de perchlorure de fer, de chlorure de calcium; enfin, par l'injection sous-cutanée de 20 cc. de sérum frais ou de sérum antidiphthérique, par exemple.

Si l'on est intervenu pour un kyste parasinusien, on constate parfois, dans les premières semaines qui suivent, de la *voix nasonnée* qui s'atténue peu à peu. On retrouve ce trouble léger de la voix dans les opérations portant sur des kystes situés sous le vestibule des fosses nasales.

On peut avoir parfois une *fracture de la mâchoire inférieure* qui se produit, pendant ou après l'opération, par amincissement du bord inférieur de la branche horizontale ou du menton.

Les *troubles de la sensibilité* sont fréquents : hypoesthésie ou anesthésie de la région symphyso-mentonnaire, de la lèvre inférieure, de la région des incisives du maxillaire inférieur par lésion ou irritation du nerf dentaire inférieur.

De même, sur l'arcade supérieure : hypoesthésie ou anesthésie de la lèvre supérieure et de l'aile du nez du côté opéré par blessure des nerfs alvéolo-dentaires et surtout du plexus sous-orbitaire.

Lorsque l'anesthésie locale sous-gingivale a été faite avec une certaine quantité d'anesthésique, auquel on a ajouté 1 goutte de solution d'adrénaline au millième par centimètre cube, l'injection anesthésique par elle-même (cocaïne ou novocaïne) et peut-être l'adrénaline aussi peuvent *retarder la cicatrisation* et mettent en tout cas les éléments cellulaires et tissulaires en état de moindre résistance. Voilà pourquoi l'injection anesthésique peut augmenter l'infection quand on opère un kyste infecté secondairement, et que la gencive est infiltrée et se défend mal.

Sur un total de 600 cas opérés par le procédé de la cure radicale dont il est l'auteur, le professeur agrégé Cavalié n'a jamais eu de récidives; mais il a eu à intervenir pour des *récidives* de kystes antérieurement opérés par d'autres chirurgiens qui n'avaient pas utilisé son procédé. Ces kystes n'ont pas récidivé après une cure radicale. Nous publions plus loin une de ces observations (obs. IV). Les récidives se produisent dans un délai qui varie entre six mois et deux ans après la première opération.

Dans les récidives; la poche kystique est très friable; un curettage très minutieux est indispensable.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I.

(CAVALIÉ et NICAISE, *Journ. de méd. de Bordeaux*,
10-20 sept. 1929.)

Sur un cas de kystes paradentaires multiples.

Il s'agit d'une dame, Jeanne C..., 23 ans, dont la gencive est soulevée par trois grosseurs : l'une au-dessus de G_2 , la seconde sur G_1 , la troisième sur D_5 . Ces grosseurs ont apparu, les deux premières il y a six mois, l'autre il y a trois semaines, toutes sans aucune douleur. Notons seulement un bouton fistuleux qui a précédé l'apparition de la grosseur siégeant sur D_5 .

Examen objectif. — La palpation dénote : à gauche, une grosseur qui soulève la lèvre, mais en est indépendante; à droite, une boule analogue en arrière de la fosse canine. Le facies de la malade est normal.

L'examen intrabuccal montre la présence, à gauche, d'une grosseur arrondie, bien délimitée, avec gencive mobile, et dans son épaisseur on sent des grains riziformes. La pression, indolore, dénote une fluctuation nette et nous fait tomber sur un plan fibreux qui se continue avec le plan osseux, comme si la grosseur avait rongé l'os. Aucune déformation palatine. La radio nous montre une zone à contours nets, paraissant indiquer une niche osseuse. Tous ces signes nous font conclure à un kyste paradentaire.

La seconde grosseur, sur G_1 , paraît confondue avec la première et n'est indiquée que par la radio.

La troisième, siégeant au-dessus de D_5 , est bien délimitée et présente les mêmes caractères que les deux autres. La gencive contient moins de grains riziformes.

A 1 centimètre au-dessous, nous voyons un bouton fistuleux, indépendant de la grosseur. La radio confirme le diagnostic de kyste.

Diagnostic étiologique. — G_1 et G_2 paraissent très vivantes et n'ont point de carie. Donc, les deux premiers kystes n'ont point de cause dentaire. D_5 paraît normale, mais D_6 présente une obturation ancienne qui pourrait occasionner l'infection, cause du bouton gingival.

Ne trouvant pas de causes locales, il faut se demander si la malade ne présente pas un organisme kystogène.

Traitement. — Cure radicale des trois kystes dans la même séance.

Les dents, n'étant pas cause de grosseurs, n'ont pas besoin d'être enlevées.

La malade, par la suite, a été appareillée (dentier partiel de l'arcade supérieure; plaque en vulcanite supportant plusieurs dents).

Conclusion. — 1° Les kystes ne viennent pas toujours des dents;

2° La malade présente un tempérament kystogène démontré par la multiplicité des kystes.

OBSERVATION II.

Mme X... (Yvonne), 29 ans, couturière, se présente le 17 avril 1931 à la consultation de la Clinique dentaire parce qu'elle présente une grosseur qui soulève la joue droite en arrière de la fosse canine. Elle n'en souffre pas, mais ce soulèvement l'inquiète. Elle nous raconte que cette grosseur est apparue dans le vestibule supérieur, du côté droit, il y a sept ans. Mais elle n'avait pas bougé jusqu'à il y a quatre mois, époque à laquelle la malade est allée voir un dentiste, qui a pratiqué l'extraction de D_4 et D_6 . Après ces extractions, la malade, en pressant avec le doigt dans le vestibule, provoquait chaque fois l'écoulement d'un liquide qui lui semblait être gris sale.

Cet écoulement se faisait par l'ouverture en regard de l'alvéole

de D₆. Cette fistule s'est refermée presque aussitôt, sans qu'il y ait eu des phénomènes infectieux.

Examen. — L'état général est excellent et nous n'observons pas de stigmates héréditaires quelconques.

L'inspection du visage permet de constater que la joue droite est plus volumineuse que la joue gauche.

Quand on palpe la peau en avant de la tubérosité maxillo-malaire, au niveau de la fosse canine, on sent au travers de la peau une grosseur profonde qui paraît appartenir au plan osseux, qui est soulevé.

Ce soulèvement de la joue est arrondi, du volume d'une petite mandarine.

Si nous passons le doigt dans le vestibule supérieur droit, en suivant le plan osseux alvéolaire, nous sommes vite arrêté par une grosseur qui comble le sillon vestibulaire, immédiatement après la racine de D³, et qui s'étend en arrière jusqu'à la crête zygomatico-alvéolaire. Cette grosseur n'arrive pas jusqu'à la crête alvéolaire de D⁴ et D⁶ ni au collet de D⁵; elle en reste éloignée de 6 à 7 millimètres, espace où la gencive tapisse l'os alvéolaire d'une façon normale. Si nous contournons la tumeur en haut, nous ne pouvons pas la délimiter. Lorsqu'on appuie sur cette tumeur avec les doigts, on sent un plan résistant qui occupe la presque totalité de la hauteur en allant de bas en haut. Mais au-dessus, l'os disparaît, et la tuméfaction est au contact de la gencive.

Pas de crépitation parcheminée, mais sensation de balle de caoutchouc, de rénitence, de fluctuation nette.

La gencive recouvrant la tumeur est molle, souple, mince; elle est le siège d'une très légère circulation complémentaire. On ne sent pas de grains riziformes.

Si on fait le tour de cette tumeur avec le doigt, on a l'impression que l'os est soulevé par une bulle qui aurait fait éclater la paroi osseuse. Donc l'évolution très lente et indolore de cette tumeur, l'écoulement de liquide à la suite d'une extraction dentaire, suivi d'oblitération du trajet fistuleux et d'augmentation de la tuméfaction, doit nous faire penser à une tumeur bénigne, d'autant qu'il n'y a pas de retentissement ganglionnaire.

La muqueuse gingivale est normale. Il n'y a pas de crépitation parcheminée, sans doute, mais il y a fluctuation et rénitence, tous caractères qui font penser à un kyste.

L'examen radiographique nous démontre que, en hauteur, la tumeur atteint le plancher de l'orbite et, en profondeur, une grande partie du sinus maxillaire osseux (V. radiographie).

Opération. — Ablation totale de la poche par le procédé de la cure radicale (21 avril 1931).

Anesthésie au canal sous-orbitaire avec du 1322.

Incision perpendiculaire qui descend sur D⁵, et une incision transversale parallèle au sillon vestibulaire.

On écarte les lèvres de la gencive, et mise à nu de la poche kystique à sa partie superficielle.

Dénudation du contour de la poche; on arrive sur le contour osseux à sa partie périphérique.

Extraction de D⁵. Dénudation profonde entre la poche et l'os en partant de l'alvéole de D⁵ et du trajet fistuleux correspondant à D⁴ enlevé antérieurement. On remonte peu à peu, et, après avoir libéré la poche, elle est rabattue en bas dans sa totalité.

Dans la profondeur, on aperçoit la muqueuse du sinus, non ouverte, repoussée, ainsi que la cavité sinusienne, contre la paroi externe des fosses nasales.

En haut, le plancher osseux de l'orbite paraît aminci. Comme il y a un saignement assez abondant venu de la paroi osseuse profonde, on pratique la compression avec un tampon d'eau oxygénée.

Après ce pansement compressif, qui est enlevé au bout de une demi-heure, l'hémorragie est arrêtée.

Nivellation osseuse à la gouge sur tout le pourtour superficiel pour faciliter le bourgeonnement de la muqueuse vestibulaire.

Lavages plusieurs fois par jour de la cavité osseuse avec liquide de Dakin très étendu.

Pas de pansement à demeure.

Le bourgeonnement s'effectue assez rapidement, et la cavité est comblée vers le 20 juin, c'est-à-dire deux mois après l'intervention.

Actuellement, guérison sans aucun trouble du côté du sinus ni des fosses nasales.



On distingue nettement la poche kystique atteignant le plancher de l'orbite
et en profondeur le sinus maxillaire,

Pas de douleurs.

Bien entendu, la guérison ne sera absolue que s'il n'y a pas récidive dans les dix-huit mois qui suivront.

OBSERVATION III.

T..., 59 ans, chauffeur de taxi.

Le malade se présente à la Clinique dentaire le 12 avril 1927, parce qu'il souffre depuis cinq jours du côté droit du menton.

On constate une tuméfaction du vestibule inférieur droit, soulevant la gencive en regard de d_3 . La peau du menton, à droite, est soulevée, enflammée, très douloureuse, tendue avec une légère fluctuation. La muqueuse du plancher de la bouche, de chaque côté du frein de la langue, est soulevée et rouge violacé. Il n'y a pas, à la palpation, de déformation osseuse bien nette pouvant indiquer une tumeur néoplasique d'origine osseuse. La ligne du rebord inférieur du menton et des deux branches horizontales est parfaitement nette. Par contre, au niveau de la racine de d_3 , d_2 , d_1 et g_1 , la paroi osseuse alvéolaire du côté vestibulaire, comme du côté lingual, est boursouflée. Ces quatre dents, d'ailleurs, sont un peu ébranlées, déchaussées, et il y a un suintement saigneux au niveau de ces collets. Pas de retentissement ganglionnaire.

Le malade nous dit que, depuis longtemps, il avait senti une grosseur indolente à ce niveau-là.

Nous portons le diagnostic de kyste paradentaire avec processus inflammatoire. L'examen radiographique confirme ce diagnostic.

Opération (17 avril 1927) par la voie vestibulaire inférieure droite. L'extraction de d_3 , d_2 , d_1 et g_1 permet de constater l'existence d'une cavité osseuse depuis d_4 jusqu'à g_2 , de clapiers avec poche kystique remplie de liquide séropurulent mêlé de sang noir. Cette vaste poche est complètement enlevée, laissant une anfractuosité considérable dans la symphyse mentonnière. Le curettage est fait soigneusement. La cavité est laissée ouverte avec lavages sept à huit fois par jour jusqu'au 26 avril. Les parties molles de la gencive vestibulaire et la muqueuse du plancher reprennent peu à peu un aspect normal. A partir du 26 avril 1927, la cicatrisation s'effectue avec assez de rapidité.

Les lavages sont continués trois fois par jour, et, environ trois mois après, la réparation est à peu près complète.

Actuellement, juillet 1934, le malade est complètement guéri, exerce toujours le métier de chauffeur de taxi, et il ne reste de ce délabrement primitif qu'un léger affaissement du côté droit de la lèvre inférieure.

OBSERVATION IV.

(Observation personnelle que M. le professeur agrégé CAVALIÉ nous autorise à publier. Nous l'en remercions très respectueusement.)

*Récidive de kyste paradentaire. — Opération par cure radicale.
Guérison maintenue depuis près de quatre ans.*

F..., de Saint-André-de-Cubzac, est venu se présenter à la consultation en novembre 1927 pour une grosseur qui soulevait la paroi vestibulaire gauche de l'arcade supérieure, dans la fosse canine, et qui soulevait à ce niveau la peau du visage.

Le patient nous apprend qu'il a été opéré dix mois auparavant pour une grosseur identique au même niveau. La cicatrisation après opération s'est faite normalement, et, la canine supérieure gauche ayant été extraite au cours de l'opération, par la cicatrisation gingivale, la plaie alvéolaire s'est fermée.

Mais, quelques mois après, le patient s'est aperçu qu'une nouvelle grosseur se développait au lieu et place de la première. C'est ce qui l'a amené à notre consultation.

Evolution indolore. La muqueuse gingivale au niveau de la tumeur est légèrement infiltrée.

La palpation permet de constater une fluctuation nette, sans crépitation, mais non sensation de balle de caoutchouc rénitente.

Pas de trajet fistuleux. L'examen radiographique confirme l'existence d'une poche pleine de liquide.

Pas d'adénopathie. Pas de déformations de voisinage en dehors du soulèvement de la muqueuse du vestibule et effacement du sillon vestibulaire de la fosse canine.

Opéré le 31 octobre 1927; extirpation complète de la poche et constatation d'un liquide un peu louche.

Curettage de la paroi osseuse; mise à nu et ablation de la paroi osseuse alvéolaire du vestibule au niveau de l'alvéole de la canine supérieure gauche, absente. Nivellement osseux périphérique.

Suites normales.

Pas de pansement à demeure. Lavages plusieurs fois par jour de la cavité osseuse.

Comblement progressif et, au bout de trois mois, fin janvier 1928, cicatrisation complète avec légère dépression.

Guérison maintenue à l'heure actuelle, juillet 1931.

OBSERVATION V.

Mme R... s'est présentée à la consultation de la clinique dentaire, le 9 février 1931, pour des extractions multiples.

Depuis dix ans environ, cette malade a remarqué une grosseur au niveau des racines de G³ et G⁴; mais elle ne s'en était pas inquiétée, car elle n'en souffrait pas alors.

Depuis les extractions pratiquées au mois de février, la malade a de la céphalée frontale; la région alvéolaire est sensible, la douleur commence au niveau de D¹ et irradie à droite et à gauche sur toute l'étendue de l'arcade. Douleur à la mastication.

La chaleur du lit et le décubitus allongé empêchent le sommeil.

L'étudiant à qui cette malade a été confiée n'aurait peut-être pas dû enlever les racines qui se trouvaient au niveau de la tumeur avant d'avoir une radiographie.

A l'examen, le 15 avril 1931, la malade présente une tuméfaction qui soulève la gencive du côté vestibulaire, au-dessus de l'alvéole déshabitée de G⁴, entre la fosse canine et la tubérosité maxillaire. La gencive n'est ni enflammée, ni épaissie, ni infiltrée; elle est mobile sur les plans sous-jacents.

La pression dénote un os aminci qui se déprime sans craquements ni crépitation parcheminée. Une forte pression fait écouler un peu de sang. Il n'y a pas de grains riziformes dans la gencive. Le soulèvement de la gencive est arrondi et net dans son contour.

Il est probable qu'à la suite des extractions pratiquées en février la poche de cette tuméfaction s'est vidée, puis s'est refermée secondairement. Les douleurs sont dues à une névralgie symptomatique.

La lenteur de l'évolution de cette affection, l'absence d'inflammation de la muqueuse gingivale, l'indolence et la tuméfaction pendant dix ans, l'apparition de douleurs à la suite des extractions, l'état général qui est bon, nous font penser à une tumeur bénigne.

L'absence d'adénopathie, la limite nette de la grosseur, qui est comparable à une bulle qui aurait soufflé l'os, l'écoulement de liquide qui s'est produit depuis les extractions, tous ces signes sont en faveur d'un kyste radiculo-dentaire, dont le contenu liquide s'est vidé une fois et la poche s'est ensuite refermée.

Opération (20 avril 1931) :

Anesthésie parfaite :

1° Injection au trou sous-orbitaire : 4 cc. de 1322;

2° Injection locale vestibulaire supérieure gauche : 4 cc. de 1322.

Cure radicale. Suites normales.

Cavité osseuse laissée sans pansement à demeure.

Comblement progressif de la profondeur à la surface.

Bourgeonnement de la gencive qui amène en deux mois une cicatrisation complète avec légère dépression.

Guérison maintenue à l'heure actuelle.

CONCLUSIONS

La mise à l'air, la communication avec la bouche et l'air atmosphérique, la simple incision de Fauchard ont donné quelquefois des guérisons, au moins momentanées.

Par quel mécanisme ?

L'ouverture à l'air amène dans la cavité kystique des agents pyogènes, et il a pu arriver que la suppuration supprime la poche qui s'élimine quand elle n'est pas trop adhérente. La suppuration joue ici le même rôle que les caustiques.

La marsupialisation a un autre avantage : elle fait moins de dégât et raccorde la poche kystique à la gencive, donnant ainsi des suites rapides de guérison. Le seul reproche qu'on lui puisse faire, c'est qu'elle laisse en place une tumeur avec toutes ses adhérences profondes à l'os, avec ses connexions secondes qui se sont établies pendant l'évolution du kyste. On laisse également en place tous les éléments épithéliaux qui possèdent une activité prolifératrice assez grande, et il n'est pas sûr que, malgré cette marsupialisation, il n'y ait un travail d'usure vis-à-vis des plans qui résistent, comme les plans osseux. Enfin, il est probable aussi que, dans les parois qui entourent les puits alvéolaires voisins, il n'y ait des débris épithéliaux susceptibles d'entrer en activité par suite d'irritation de voisinage.

Nous ne connaissons pas la pathogénie des kystes; nous ne pouvons émettre à ce sujet que des hypothèses basées sur nos connaissances actuelles.

Or que l'on admette la théorie des débris épithéliaux, para-dentaires de Malassez ou la théorie voisine des enclavomes

de Leriche, il saute aux yeux que les enclaves peuvent entrer en activité prolifératrice. Si l'on admet une origine parasitaire hypothétique mais possible, peut-être un virus filtrant inconnu, il est certain que *l'exérèse* bien faite est encore supérieure à la marsupialisation.

Enfin, si l'on veut bien admettre la possibilité de greffe cancéreuse ou de transformation cancéreuse, il n'est pas sûr que la marsupialisation soit susceptible d'éviter plus tard le cancer.

En réalité, chez l'adulte, les kystes ont une activité de prolifération assez lente pour n'évoluer qu'exceptionnellement vers la malignité. Mais chez l'enfant, il est possible que les kystes paradentaires de première dentition, et à plus forte raison les kystes adamantins, dont l'activité prolifératrice est intense, aient une tendance à évoluer comme une néoplasie cancéreuse.

Les suites sont généralement bonnes en dehors de quelques complications, mais les récidives sont toujours évitées par le procédé de la cure radicale qui consiste en l'énucléation complète de la poche kystique jointe à l'excision de la paroi alvéolaire vestibulaire avec curettage minutieux alvéolaire osseux tout en respectant la hauteur de la paroi alvéolaire interne (linguale ou palatine) qui servira de guide et de niveau pour la réparation (bourgeonnement et cicatrisation) et pour le remplacement prothétique des dents supprimées.

VU : *Le Doyen,*
C. SIGALAS.

VU, BON A IMPRIMER :
Le Président,
H.-L. ROCHER.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Bordeaux, le 20 juillet 1931.
Le Recteur de l'Académie,

F. DUMAS.

BIBLIOGRAPHIE

- ADLER. — Les kystes odontogènes. Thèse Strasbourg, 1930.
- ALBARRAN. — Kystes dentifères et leur pathogénie. *Bull. Soc. anat.*, 1887, p. 497.
- Kystes des mâchoires. *Rev. de chir.*, 1881, p. 429.
- Kyste des mâchoires; anatomo-pathologie, pathogénie, et quelques points de clinique. *Revue de chirurgie*, 1888, p. 429, 716, 747.
- ALOIN (H.). — Kyste paradentaire à développement endosinusal. *Lyon chirurgical*, juil.-août 1923.
- AUDIBERT. — Essai sur les kystes dentaires. Thèse Paris, 1874.
- BAYER. — A propos des kystes dentaires du maxillaire supérieur. *Presse oto-laryngolog. belge*, n° 9, sept. 1904.
- BERGER. — Kyste dentifère du max. sup. *Presse médicale*, n° 99, 13 déc. 1899.
- BLOCH. — Kystes paradentaires. *Rev. stom.*, 1902, p. 185.
- BONNET-ROY. — Evolution clinique et thérapeutique des kystes dentaires. *Méd.*, oct. 1922.
- BOURGEOIS. — Kyste radiculaire développé dans la joue. *Ann. des mal. de l'oreille*, oct. 1925.
- BOURGOIN. — Kyste paradentaire, leur traitement. Thèse Paris, 1908.
- BOURBON. — Kyste suppuré parasinusal d'origine dentaire, ablation d'un séquestre, guérison. *Ann. des mal. de l'oreille*, n° 10, 1902.
- BOUYSSOU. — Traitement des kystes paradentaires. Thèse Paris, 1903.
- BERNARD. — Ionophorèse dentaire. Thèse Lyon, 1929-1930.

N. B. — La bibliographie que nous avons établie ne comprend que la liste des ouvrages ou articles consultés. Une excellente et très complète bibliographie se trouve dans la thèse d'Adler, Strasbourg, 1930.

- CASANEDA. — Kyste paradentaire infecté du plancher de la bouche simulant une angine de Ludwig. *Arch. int. de laryng.*, n° 2, mars 1903.
- CAVALIÉ. — La cure radicale des kystes paradentaires à la période de déformation. *Bibliographie dentaire*, n° 12, déc. 1908.
- Notes d'anatomie et d'histologie pathologiques concernant les kystes paradentaires. *Bibliog. dentaire*, n° 14, févr. 1909.
- CAVALIÉ et MOURE. — Les kystes dentigènes ou dentifères (folliculaires) sinusiens, avec ectopie d'une canine supérieure. *Rev. hebdomadaire de laryng.*, n° 13, 26 mars 1910.
- CAVALIÉ et NICAISE. — Sur un cas de kystes paradentaires multiples. Soc. de stom. et Ass. odont. de Bordeaux et du Sud-Ouest, séance du 30 mai 1929, in *Journ. de méd. de Bordeaux*, 10-20 sept. 1929.
- CAPDEPONT. — Considérations anatomiques et pathologiques sur le sac folliculaire. *Rev. de stom.*, 1902, t. IX, p. 154.
- CHAVASSE. — L'étude radiographique des maxillaires et des dents. Thèse Paris, 1914.
- CHENET. — Etude clinique des kystes paradentaires. Thèse Paris, 1914.
- COBB (F.). — Kystes dentigènes. *The Laryngoscope*, vol. IX, n° 6, déc. 1900, Saint-Louis, U. S.
- COUSTAING. — Du traitement de douceur de quatre kystes paradentaires. *Rev. de stom.*, Paris, 1910.
- CROQUEFER. — Contribution à l'étude histologique des kystes paradentaires. Thèse Paris, 1924.
- DELATER et BERCHER. — Le granulome périapical, dysembryoplasie épithéliale, première étape des tumeurs périradiculaires. Société de stomatologie de Paris, séance du 15 janv. 1923.
- DELATER. — A propos des tumeurs malignes de la bouche : le danger des tumeurs bénignes paradentaires. *Presse médicale*, 5 avril 1924.
- DELGUEL et SENTENAC. — Kyste paradentaire : procédé de Partsch. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 25 févr. 1928.
- DUPLAY et RECLUS. — Traité de chirurgie, V, p. 143.

- FABRI. — Kyste paradentaire. Thèse Bordeaux, 1910-1911.
- FARGIN-FAYOLLE. — Kystes radiculo-dentaires, dans *Traité de stomatologie*, Gaillard et Nogué, 1911, t. V, p. 78.
- FORGUE. — Précis de pathologie externe, 1922, t. II, p. 253.
- GALIPPE. — Société de stomatologie, 21 janv. 1889.
- GALLAPER. — Kyste dentigère. *The Laryngoscope*, août 1907.
- GERBER. — Des kystes dentaires. *Arch. intern. de laryng.*, nov.-déc. 1909.
- JACOB. — Kyste se développant dans les fosses nasales. *Revue d'oto-rhino-laryngologie*, juillet 1920.
- JACQUES et MICHEL. — Contribution à l'étude des kystes dentaires du maxillaire supérieur. *Rev. heb. de laryng. de Bordeaux*, n^{os} 11 et 12, 1900.
- JACQUES et BERTHEMES. — Traité opératoire des kystes paradentaires du maxillaire supérieur. *Bull. de laryng.*, t. V, n^o 2, 30 juin 1902.
- JACQUES. — Kyste paradentaire et son traitement. *Rev. de laryng.*, 1920, p. 392.
- KELLY (A. BROWN). — Kyste dentaire au point de vue rhinologique. *Journ. of laryng.*, sept. 1922.
- KENSIE (Mac). — Kyste dentaire suppuré. Drainage. Royal Soc. of Med., in *Journ. of laryng.*, fév. 1923.
- LAFORESTERIE. — Essai historique et critique sur les kystes dentaires. Thèse Paris, 1886-1887.
- LEMAÎTRE et RUPPE (Ch.). — Kyste né aux dépens d'une dent de lait. *Arch. intern. de laryng.*, juin 1925.
- LICKTEIG. — Ce que le rhinologiste doit savoir des rapports des affections dentaires et naso-sinusiennes. *Strasbourg médical*, 5 juill. 1927, LXXXVe année, t. I, fasc. VII, n^o 13.
- LENORMAND. — Précis de pathologie chirurgicale, t. II, 1928.
- LOUIS (Jean). — Thèse Montpellier, 1899.
- MAGITOT. — Leçon sur les kystes des mâchoires. *Gaz. heb. de méd. et chir.*, 1876.
- Sur l'origine des kystes maxillaires. *Bull. Soc. de chir.*, 1884-1885.
- Discussion sur l'origine des kystes radiculo-dentaires. Congrès français de chirurgie, 1886.

- MALASSEZ. — Pathogénie des kystes des mâchoires. *Bull. Soc. de biol.*, 1884, p. 176.
- Présentation de l'iter et du *gubernaculum dentis*. *Bull. Soc. de biol.*, 1888, p. 509.
- NIDA. — Complications oculaires d'origine dentaire. *Rev. de stom.*, 1929, p. 234.
- PONCET et LERICHE. — *Lyon chirurgical*, t. XI, 1914.
- PONT et REBOULLET. — A propos d'un kyste dentigère. Pathogénie. *Rev. de stom.*, sept. 1928.
- PORTMANN et LEDUC. — L'anesthésie loco-régionale en oto-rhinolaryngologie et en chirurgie cervico-faciale.
- RAOULT. — Du choix de l'intervention opératoire dans les kystes paradentaires. *Ann. des mal. de l'oreille*, janv. 1902, n° 1.
- REDIER. — Note sur la pathogénie des kystes radiculo-dentaires. *Rev. de stom.*, oct. 1907.
- RENDU. — Kyste dentifère du maxillaire supérieur chez l'enfant. *Concours médical*, 26 nov. 1922.
- RODIER. — Cure radicale des kystes paradentaires. *Rev. de stom.*, Paris, 1907.
- SCHARFF. — Cure radicale de certaines tumeurs de la mâchoire. Thèse Nancy, 1902.
- SEIGNEURIN. — Traitement des kystes paradentaires du maxillaire supérieur. *Strasbourg médical*, 5 juill. 1927.
- SHAMBAUGH. — Cas de kyste dentaire du maxillaire. *Laryngoscope*, juillet 1906.
- TELLIER. — Des kystes des mâchoires d'origine dentaire. Etude de quelques points de leur histoire. *Arch. de laryng.*, 1905, n° 2, p. 991.
- VIASIO. — Société royale de médecine belge, 2 févr. 1923.
-

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
AVANT-PROPOS.....	11
INTRODUCTION.....	13
PREMIÈRE PARTIE. — Étude des diagnostics.....	17
CHAPITRE I. — <i>Diagnostic positif et diagnostic anatomique.....</i>	<i>17</i>
CHAPITRE II. — <i>Diagnostic différentiel.....</i>	<i>27</i>
CHAPITRE III. — <i>Diagnostic étiologique et pronostic.....</i>	<i>33</i>
DEUXIÈME PARTIE. — Étude des traitements.....	39
1° Extraction simple de la dent.....	39
2° Injection iodée et « traitement de douceur ».....	41
3° Cataphorèse et ionophorèse.....	42
4° Incision de la poche.....	42
5° Drainage de la cavité et drainage métallique.....	43
6° Marsupialisation : Méthode de Partsch.....	44
7° Extirpation totale de la tumeur par curettage ou énucléation.....	45
8° Technique de l'énucléation.....	45
Procédé de Rodier.....	45
Procédé de Jacques.....	48
Procédé de Adler.....	48
Cure radicale de Cavalié.....	49
TROISIÈME PARTIE. — Les suites des traitements.....	57
Hémorragies.....	57
Troubles de la phonation.....	57
Fracture de la mâchoire inférieure.....	57
Troubles de la sensibilité.....	58
Retard de la cicatrisation.....	58
Récidives.....	58
OBSERVATIONS.....	59
CONCLUSIONS.....	67
BIBLIOGRAPHIE.....	69

